

MES

MESTRADO EM
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE MEDICINA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Tiago Rafael Ganhão Pereira Vieira Pinto

Conhecimentos e capacidades de idosos dependentes e seus familiares cuidadores e as práticas educativas dos enfermeiros

Porto, 2012

Tiago Rafael Ganhão Pereira Vieira Pinto

Conhecimentos e capacidades de idosos dependentes e seus familiares cuidadores e as práticas educativas dos enfermeiros

Dissertação de candidatura ao grau de
Mestre em Educação para a Saúde
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Investigação realizada sob a orientação da Professora Doutora Alzira Teresa Martins
(Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto).

Porto, 2012

“Mas centros de saúde e hospitais só, não chegam.

Sabe-se que é necessário dar atenção a aquelas pessoas que por doença se tornam dependentes de outrem, que precisam de cuidados médicos mas também de apoio social para levarem a cabo o seu quotidiano. Para tal é necessário acertar na melhor mistura entre cuidados e apoio ao domicílio, centros de dia, e residências de cuidados continuados, e definir para essa mistura formas de financiamento partilhado entre a saúde e a acção social que sejam realistas. E não dispensando o papel das famílias, é preciso proporcionar algum apoio, alguma forma de alívio, principalmente àquelas mulheres, que entre acabar de cuidar dos filhos, trabalhar para trazer para casa alguma coisa, e cuidar de novo, agora dos pais ou dos sogros, mal tiveram tempo para viver.”

Constantino Sakellarides,

"De Alma a Harry: Crónica da Democratização da Saúde". Coimbra: Edições Almedina, 2005.

“Tanto tratado escrito sobre a infância, a juventude, a idade adulta, que é a idade do homem. Em todas elas se fala de ir - a velhice é estar.”

Vergílio Ferreira, “Para Sempre” (1983).

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Martins, orientadora da Dissertação e companheira neste e noutros percursos, pela paciência e dedicação à causa, pela presença em momentos chave do meu percurso profissional e pelas oportunidades que incansavelmente tem concedido.

Ao Professor Doutor Nuno Lunet, coordenador do Mestrado, por nunca me ter perdido de vista, por ser fonte de inspiração e a quem estarei sempre grato.

À Mestre e Professora Rosa Freire, pelas opiniões técnicas e leitura dos primeiros textos, mas também pelas confidências, partilhas¹ e troca de ideias sobre este e muitos outros assuntos e a quem aqui deixo votos de boa sorte para o seu próximo desafio.

Aos Professores e Enfermeiros Doutor Filipe Pereira e Mestre Fernando Oliveira, pelos contributos na fase embrionária desta investigação.

Ao Daniel, pelo companheirismo e pela partilha do esforço.

À Diana do Carmo, por tudo.

E finalmente, à minha Mãe, sem a qual o meu percurso de vida simplesmente não teria existido.

ÍNDICE

1	Resumo	11
2	Abstract	14
3	Introdução	17
3.1	Problemáticas centrais do estudo	18
3.2	O envelhecimento populacional	20
3.2.1	O estado funcional das populações	22
3.3	Os cuidados informais prestados aos indivíduos em situação de dependência	27
3.3.1	O conhecimento e as habilidades no contexto da prestação informal de cuidados	32
4	Objetivos	35
5	Métodos	37
5.1	Tipo de estudo	38
5.2	Contexto do estudo	38
5.2.1	Local de implementação	38
5.2.1.1	Sistemas de informação	41
5.3	População e amostra	42
5.4	Materiais	47
5.4.1	Variáveis	47
5.4.2	Procedimentos de colheita de dados	48
5.4.2.1	Instrumentos de recolha de dados	48
	Escala de Rankin (ER)	48
	Índice de Barthel (IB)	49
	Frenchay Activities Index (Versão Adaptada)	49
	Indicadores de satisfação EUROPEP	50
	Informação contida nos planos de cuidados de enfermagem	51
5.5	Tratamento estatístico dos dados	51
5.6	Considerações éticas	52
6	Resultados	54
6.1	População e amostra	55
6.2	Caraterização sócio-demográfica dos idosos dependentes	57
6.3	Caraterização da incapacidade e da dependência funcional dos idosos	61
6.4	Caraterização da satisfação dos idosos e dos FC com os cuidados de enfermagem	65
6.5	Caraterização das variáveis clínicas dos planos de cuidados de enfermagem	66

6.5.1	Contatos de enfermagem no domicílio	66
6.5.2	Programas de saúde	67
6.5.3	Focos da prática de enfermagem	67
6.5.4	Enunciados dos diagnósticos	68
6.5.5	Intervenções de enfermagem	71
7	Discussão	76
8	Conclusões	90
9	Referências Bibliográficas	93
10	Anexos	106
Anexo I	Autorização da ARSN, IP	
Anexo II	Autorização do ACES Grande Porto IV - Porto Ocidental	
Anexo III	Autorização da USF Serpa Pinto	
Anexo IV	Operacionalização das variáveis relativas ao idoso	
Anexo V	Operacionalização das variáveis relativas ao cuidador informal	
Anexo VI	Operacionalização das variáveis relativas ao contexto da prestação de cuidados informais	
Anexo VII	Operacionalização das variáveis relativas à satisfação com os cuidados de enfermagem	
Anexo VIII	Operacionalização das variáveis relativas aos planos de cuidados de enfermagem	
Anexo IX	Resultados obtidos com os focos da prática de enfermagem	
Anexo X	Resultados obtidos com os diagnósticos de enfermagem do domínio da "Aprendizagem Cognitiva" (conhecimentos)	
Anexo XI	Resultados obtidos com os diagnósticos de enfermagem da área da "Aprendizagem de Capacidades" (capacidades)	
Anexo XII	Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Informar"	
Anexo XIII	Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Ensinar"	
Anexo XIV	Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Instruir"	
Anexo XV	Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Treinar"	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com ≥ 65 anos, por NUTS II, em 2011 (Fonte: INE, 2012).	21
Figura 2	Manutenção da capacidade funcional dos indivíduos ao longo do ciclo de vida. Mudanças no meio ambiente podem fazer baixar o limiar de incapacidade de uma população, fazendo diminuir o número de pessoas classificadas como sendo portadoras de incapacidades funcionais (Fonte: OMS, 2002).	23
Figura 3	Prevalência de "incapacidade moderada a severa" e "incapacidade severa" por região do Mundo, sexo e idade (Fonte: OMS, 2011).	24
Figura 4	Número de inscritos na USF por local de registo de residência em 31/12/2009 (Fonte: SINUS®).	39
Figura 5	Pirâmide etária da USF em em 31/12/2009 (Fonte: SINUS®).	40
Figura 6	Sequência adotada na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.	46
Figura 7	Sequência de passos adotados na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, com resultados.	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Critérios de inclusão, métodos utilizados na identificação dos casos e condições específicas que satisfazem os critérios de inclusão definidos.	45
Tabela 2	Frequências absolutas e relativas das variáveis idade, freguesia de residência, estado civil, escolaridade e presença de FC por sexo e no total da amostra.	58
Tabela 3	Frequências absolutas e relativas das variáveis relativas ao FC - idade, inscrição na USF, freguesia de residência, estado civil, escolaridade, situação laboral, parentesco, coabitação, duração do desempenho do papel e presença de outros indivíduos dependentes aos seus cuidados - no total e por sexo.	60
Tabela 4	Frequências absolutas e relativas da variável “incapacidade” no total e por sexo, medida através da ER (Grau 3 - incapacidade ligeira; grau 4 - incapacidade moderada; grau 5 - incapacidade moderadamente grave; grau 6 - dependente).	61
Tabela 5	Frequências absolutas e relativas da variável “independência nas ABVD” no total e por sexo, medida através do IB.	62
Tabela 6	Frequências absolutas e relativas da variável “independência nas AIVD” no total e por sexo, medida através do FAI-VA.	63
Tabela 7	Frequências absolutas e relativas das variáveis “tipologia de cuidados” e “apoio para cuidar”, no total e por sexo.	64
Tabela 8	Frequências absolutas e relativas da variável “satisfação com os cuidados de enfermagem” por sexo e no total.	66
Tabela 9	Frequências absolutas e relativas das variáveis “contatos de enfermagem no domicílio” e “programas de saúde” no total e por sexo.	67
Tabela 10	Frequências absolutas e relativas da variável “foco da prática de enfermagem”, no total e por sexo.	68
Tabela 11	Frequências absolutas e relativas dos enunciados diagnósticos mais frequentes relativos à <i>Aprendizagem Cognitiva</i> , no total, por sexo e por portador.	69
Tabela 12	Focos da prática associados aos enunciados dos diagnósticos mais frequentes relativos à <i>Aprendizagem Cognitiva</i> , por portador.	70
Tabela 13	Frequências absolutas e relativas dos enunciados diagnósticos da <i>Aprendizagem de Capacidades</i> , por portador.	70

Tabela 14	Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem por tipo de ação (<i>Informar, Ensinar, Instruir, Treinar</i>) e o alvo (<i>Pessoa/Prestador de Cuidados</i>).	72
Tabela 15	Frequências absolutas e relativas das dez intervenções de enfermagem mais frequentes nos planos de cuidados independentemente do tipo de ação.	72
Tabela 16	Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação <i>Informar</i> , por alvo.	73
Tabela 17	Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação <i>Ensinar</i> , por alvo.	74
Tabela 18	Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação <i>Instruir</i> , por alvo.	75
Tabela 19	Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação <i>Treinar</i> , por alvo.	75

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSN IP	Administração Regional de Saúde do Norte, IP
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade da vida diária
ABVD	Atividades básicas da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
CIPE®	Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem®
DGS	Direção-Geral da Saúde
ER	Escala de Rankin
EUA	Estados Unidos da América
FAI-VA	Frenchay Activities Index-Versão Adaptada
FC	Familiar cuidador
IB	Índice de Barthel
ICPC-2®	International Classification for Primary Care version 2
ICN	International Council of Nurses
INE	Instituto Nacional de Estatística
MIM@UF®	Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
RMDE	Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM®	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE®	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SINUS®	Sistema de Informação das Unidades de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão Para os Cuidados Continuados Integrados
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

1. Resumo

O envelhecimento populacional coloca desafios às sociedades e aos modelos de prestação de cuidados de saúde ao expor a necessidade de maior atenção sobre as pessoas idosas. Estas representam atualmente 19% da população portuguesa e 60% dos idosos vive só ou na companhia de outros idosos, sendo que a associação dos efeitos da idade e da doença tem contribuído para o seu declínio funcional. Um quinto dos indivíduos portugueses com ≥ 55 anos possui dependência na locomoção, pouca autonomia física e instrumental, e 10% dos idosos encontram-se sempre acamados ou sempre sentados, necessitando de ajuda nas atividades da vida diária. Uma parte dos cuidados de saúde são prestados por membros da família, em casa, obrigando ao reajuste dos papéis e acarretando consequências físicas, psicológicas, emocionais, financeiras e sociais. O desafio de prestar cuidados informais no contexto domiciliário, apela à necessidade de aquisição de conhecimentos e capacidades num ambiente de parceria com os profissionais de saúde, nomeadamente com os enfermeiros.

O percurso de investigação descrito nesta dissertação, inserida na área da educação para a saúde, pretendeu conhecer as características sócio-demográficas e o grau de independência na realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) e das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) de idosos dependentes que residem no domicílio, as características dos seus familiares cuidadores (FC) e do contexto da prestação dos cuidados informais, assim como os níveis de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem. Pretendeu ainda conhecer as necessidades em conhecimentos e capacidades identificadas pelos enfermeiros aos idosos dependentes e seus FC, assim como as intervenções educativas implementadas.

Enveredamos por um estudo quantitativo, descritivo e transversal implementado numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Grande Porto. Para o apuramento dos casos de idosos elegíveis, recorremos à informação disponibilizada pelo *Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais* (MIM@UF®) e pelo *Sistema de Informação das Unidades de Saúde* (SINUS®). Partimos de uma lista de 201 indivíduos com ≥ 65 anos distribuídos em nove grupos, de acordo com a presença de determinados atributos comprovadamente associados a estados incapacitantes, como morbilidades, fenómenos de enfermagem e programas de saúde. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtivemos uma amostra de 66 idosos dependentes ($n=66$), residentes na área de influência da USF, os quais foram avaliados no seu domicílio. Nesse contexto, foi aplicado um questionário sócio-demográfico que incluiu também outros instrumentos de recolha de

dados: a *Escala de Rankin* (ER) para a medição da incapacidade, o *Índice de Barthel* (IB) para a medição do grau de independência nas ABVD, o *Frenchay Activities Index-Versão Adaptada* (FAI-VA) para a medição da independência nas AIVD e os indicadores *EUROPEP* para a avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem. Para o estudo das variáveis clínicas dos idosos dependentes e dos FC, consultámos e analisámos a informação contida nos registos de enfermagem em formato eletrónico disponibilizados pelo *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem* (SAPE®), no que se referiu aos contatos no domicílio, aos focos da prática, aos enunciados dos diagnósticos do âmbito da *Aprendizagem Cognitiva* (conhecimento) e da *Aprendizagem de Capacidades* (capacidades), e aos enunciados das intervenções de enfermagem do tipo *Informar*, *Ensinar*, *Instruir* e *Treinar*, tudo relativo ao período entre 01/01/2009 e 31/07/2011.

A população encontrada era muito idosa, constituída maioritariamente por mulheres casadas e com baixa escolaridade, que apresentaram elevados níveis de dependência nas ABVD e nas AIVD com especial ênfase para o banho, a higiene pessoal e o vestir/despir. Cada um dos idosos da amostra tinha adstrito a si um FC, normalmente cônjuge ou filho(a), em situação de desemprego ou aposentação, com escolaridade básica e que na maior parte dos casos recebia ajuda de terceiros para cuidar. Tanto os idosos dependentes como os FC revelaram bons índices de satisfação com os cuidados de enfermagem e com a informação e o apoio fornecidos. Foram encontrados, no período em análise, e relativos aos participantes estudados cerca de 2000 registos relativos a visitas domiciliárias realizadas. Os focos de atenção dos enfermeiros, centraram-se essencialmente nos conhecimentos dos idosos dependentes, nomeadamente na *Gestão do Regime Terapêutico*. Quanto aos FC, as áreas de conhecimento com maior expressão foram a *Limpeza das Vias Aéreas*, o *Autocuidado*, a *Maceração* e a *Queda*. No domínio das capacidades, mereceram destaque a *Autovigilância*, a *Deambulação*, a *Prevenção de Complicações* e o *Posicionar-se*, enquanto aspetos trabalhados com os idosos dependentes. Enquanto que em relação ao FC as capacidades mais trabalhadas se centraram na *Aspiração*, no *Autocuidado: higiene* e na *Úlcera de Pressão*. As intervenções de enfermagem mais documentadas foram as do tipo de ação *Ensinar*, dirigidas à prevenção de úlceras de pressão. Relativamente aos restantes tipos de ação, os idosos dependentes foram alvo de instrução e treino de competências para a exercitação musculoarticular, execução de tratamentos e auto vigilância. Por seu lado, os FC foram instruídos e treinados a prevenir as úlceras de pressão, aspirar secreções e assitir os idosos na alimentação, na deambulação e na transferência.

2. Abstract

Population aging poses challenges to societies and to health care models, emphasizing the need for greater attention to the elderly. These population currently represents 19% of portuguese citizens and 60% of them live alone or with other elderly. In fact, the association of age and disease effects have contributed to their functional decline. A fifth of portuguese individuals with ≥ 55 years has dependence on locomotion, poor physical and instrumental autonomy, and 10% of the elderly are permanently confined to bed or to a seat, requiring assistance with activities of daily living. Some type of health care are provided by family members at home, forcing the readjustment of roles, with physical, psychological, emotional, financial and social consequences of the caregiving role. The challenge of providing informal home-care calls for the need of family caregiver to acquire knowledge and skills in an environment of partnership with the health professionals, with nurses playing an important role.

The research described in this paper, in the area of health education, aimed to know the socio-demographic characteristics and degree of independence in the performance of BADL and IADL of frail elderly residing at home, the characteristics of their family caregivers (FC) and the context of the provision of informal care, as well as levels of their satisfaction with nursing care. It also aimed to assess the knowledge and skills needs identified by nurses to frail elderly and their FC, as well as to assess educational interventions implemented. We conducted a quantitative, descriptive and transversal research in a Family Health Unit in Oporto. For the selection of eligible cases, we use the information provided by *Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais* (MIM®@UF) and *Sistema de Informação das Unidades de Saúde* (SINUS®). We started with a list of 201 individuals aged ≥ 65 years, which were agrupated in nine categories according to the presence of attributes associated with disabling states, as morbidities, nursing phenomena and health programs. After the inclusion and exclusion criteria, we obtained a sample of frail elderly ($n=66$), residents in the area of influence of the FHU, which were assessed in their homes. In that context, we applied a socio-demographic questionnaire that included another collecting data instruments: the *Rankin Scale* (RS) for the measurement of disability, the *Barthel Index* (BI) for the measurement of the degree of independence in BADL, the *Frenchay Activities Index-Adapted Version* (FAI-VA) for the measurement of the degree of independence in IADL and *EUROPEP* indicators for the assessment of satisfaction with nursing care.

For the study of the clinical variables of the frail elderly and their FC, we consulted the information contained in the electronic nursing care plans provided by the *Sistema de Apoio*

à *Prática de Enfermagem* (SAPE®), referred to home nursing visits, nursing focus, nursing diagnoses of *Cognitive Learning* (knowledge) and *Skill Learning* (abilities) domains, and the nursing interventions with the types of action *informing*, *teaching*, *instructing* and *training*, for the period between 2009/01/01 and 2011/07/31.

We found a very elderly population consisting mainly of married women with low education levels, which revealed high levels of dependency in BADL and the IADL, with emphasis on bathing, personal hygiene and dressing/undressing tasks. Each elderly of our research had a FC, usually spouses or sons, unemployed or retired, with basic education and that in most cases received help from others to perform caregiving tasks. Both the frail elderly as their FC showed good levels of satisfaction with nursing care and information and support provided. Were found in the period under analysis and for the participants studied, about 2000 records for home care visits. The nurses focused mainly on knowledge of the dependent elderly, particularly in *Management of Therapeutic Regimen*. As for FC, knowledge areas with the highest expression were the *Airway Clearance*, *Self-care*, *Maceration* and *Fall*. As referred to abilities domain and with regard to the frail elderly, were highlighted areas as *Self-monitoring*, *Ambulation*, *Complications Prevention* and *Self-turning*, while in relation to FC the nurses focused on areas as *Aspiration*, *Self Washing* and *Pressure Ulcer*. The nursing interventions most implemented were those with type of action *teaching*, and those about prevention of pressure ulcers. For the remaining types of action, the frail elderly were targeted for instruction and skills training about musculo articular exercises, wound care and self-monitoring. The FC were instructed and trained to prevent pressure ulcers, in aspiration of secretions taks, feeding, ambulation and transferring.

3. Introdução

3.1. Problemáticas centrais do estudo

O envelhecimento populacional a que se tem assistido nos últimos anos predispõe ao aumento do número de pessoas idosas em situação de incapacidade funcional, o que levanta atualmente questões ligadas à própria natureza dos modelos de prestação de cuidados de saúde e impõe novos desafios à sociedade, aos profissionais e às políticas da saúde ^(1,2). Por outro lado, conduz à necessidade de maior avaliação e vigilância de situações de vulnerabilidade com base em critérios sensíveis à população idosa, de que são exemplo a idade avançada, as alterações sensoriais e de memória, o acidente vascular cerebral, a doença crónica, o isolamento e a depressão, a demência, a desnutrição, as úlceras de pressão, o risco de quedas e acidentes, a incontinência, a polimedicação e a hospitalização ⁽³⁻⁵⁾.

A associação dos efeitos da idade e da doença tem contribuído para o declínio funcional da população idosa, e tal facto faz surgir novas necessidades em cuidados de saúde. Contudo, o insuficiente apoio aos idosos mais frágeis em contexto comunitário, a falta de formação específica dos FC, a insuficiente prestação de cuidados no domicílio, a inequidade no acesso aos serviços de saúde e a deficiente articulação entre os vários setores responsáveis pelos cuidados de saúde à população mais envelhecida, são algumas das limitações que têm vindo a ser apontadas ao desempenho dos serviços de saúde em Portugal ^(3, 5).

Para além de fatores de adversidade social, a doença e a incapacidade são fenómenos que desafiam as famílias a lidar com vários obstáculos impostos pela necessidade de prestar cuidados diretos a familiares que se encontram em situação de dependência, em consequência de incapacidades funcionais. Estes indivíduos permanecem em muitos casos no seu ambiente natural, ou seja, no domicílio. Cerca de 75% de todos os cuidados no âmbito da saúde produzem-se no contexto informal da família alargada ⁽⁶⁾, pelo que esta acaba por assumir o papel de cuidadora, apoiando os indivíduos com dependência funcional nas tarefas que estes já não conseguem executar autonomamente, como as AIVD e as ABVD.

A adaptação das pessoas aos novos desafios que decorrem das mudanças no estado de saúde e doença ao longo do ciclo de vida, exige o reajuste dos papéis familiares e a gestão das condicionantes sociais, psicológicas, emocionais e físicas que daí advêm. Isto pode

conduzir por um lado ao bem-estar dos indivíduos ou, por outro lado, a situações de vulnerabilidade ⁽⁷⁾. Este facto parece justificar a importância de estratégias que capacitem as famílias para a satisfação das necessidades específicas dos indivíduos em situação de dependência de quem cuidam, permitindo que estes, por sua vez, se readaptem aos défices, às dependências e a múltiplos fatores de adversidade de modo a que consigam explorar as capacidades que lhes restam e consolidar padrões estáveis de autocuidado ⁽⁷⁾.

Neste sentido, os profissionais de saúde deparam-se com a necessidade de conceber estratégias de educação para a saúde que conduzam os indivíduos a aprendizagens relacionadas com os processos de saúde e doença, com especial ênfase para aquelas que possibilitem mudanças nos seus padrões de conhecimento e de compreensão ⁽⁸⁾. No mesmo sentido, a necessidade da família em adquirir novos conhecimentos e em treinar capacidades é comum quando confrontada com o desafio de prestar cuidados a um elemento em situação de dependência ^(9, 10).

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e o indivíduo, a família ou a comunidade, numa lógica de estreita parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel proativo. Implica envolver as pessoas que se considerem significativas e que possam contribuir para a consecução do seu projecto de saúde, procurando-se ao longo de todo o ciclo vital prevenir a doença e promover os processos de readaptação funcional, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida frequentemente através do ensino, da instrução e do treino de habilidades do cliente ⁽¹¹⁾.

Os processos de ensino-aprendizagem são fundamentais para o desempenho com eficácia do papel de FC, pelo que devem ser valorizados os fatores que influenciam a aquisição de conhecimentos e de habilidades instrumentais necessários ⁽¹¹⁾. Considera-se que as intervenções de enfermagem com maior potencial para satisfazer as necessidades em conhecimentos e em habilidades deste tipo de clientes, são aquelas que se concretizam nas ações de comunicar conteúdos, transmitir conhecimentos, dar informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde e sobre como desempenhar determinadas tarefas e desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa ⁽¹²⁾. Apesar disso, verifica-se uma reduzida frequência da sua utilização no contexto da prática clínica, especialmente no âmbito dos cuidados de saúde primários ⁽¹³⁾.

3.2. O envelhecimento populacional

Na população mundial, a proporção de indivíduos com ≥ 60 anosⁱ está a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário, sendo que entre 1970 e 2025 se estima um aumento do número de idosos de cerca de 223%, prevendo-se existir cerca de 1,2 biliões de pessoas com ≥ 60 anos em 2025 ⁽¹⁾. Em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) atribui o termo *idosos* aos homens e mulheres que se inserem no grupo etário de ≥ 65 anos, sendo *grupo etário* definido como o "*intervalo de idade, em anos, no qual o indivíduo se enquadra, de acordo com o momento de referência*" ⁽¹⁴⁾.

Em 2007 residiam em Portugal Continental 1772426 pessoas com ≥ 65 anos, valor que correspondia na altura a 17,5% da população total residente, com o Alentejo como região do país com maior valor percentual de idosos ⁽¹⁵⁾. Dados recentes mostram um aumento de 28% da população idosa na última década, representando atualmente 19% da população total residente em Portugal, com uma distribuição semelhante pelas regiões ⁽¹⁸⁾. Este facto tem provocado uma inversão da pirâmide etária, quer pelo aumento da base quer pela diminuição do topo, sobretudo à custa do aumento do índice de dependência dos idososⁱⁱ, do índice de longevidadeⁱⁱⁱ e da diminuição da taxa de crescimento natural^{iv}, do índice sintético de fecundidade^v e da taxa de crescimento migratório^{vi} ⁽²⁾.

O aumento do índice de longevidade e da esperança de vida à nascença^{vii} contribuíram para o aumento do número dos indivíduos muito idosos, e o próprio envelhecimento da população idosa - um fenómeno com cada vez maior expressão - não tem sido homogéneo:

ⁱ No documento da OMS foi utilizado o ponto de corte de 60 anos para definir a população idosa, tal como adotado pela Organização das Nações Unidas.

ⁱⁱ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas com 15-64 anos ⁽¹⁶⁾.

ⁱⁱⁱ Trata-se de um indicador adicional de medida de envelhecimento de uma população, e mede a relação entre a população de 75 e mais anos e a população de 65 e mais anos ⁽¹⁶⁾.

^{iv} Saldo natural observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período, habitualmente expressa por 100 (10^2) ou 1000 (10^3) habitantes ⁽¹⁶⁾.

^v Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período, habitualmente um ano civil ⁽¹⁶⁾.

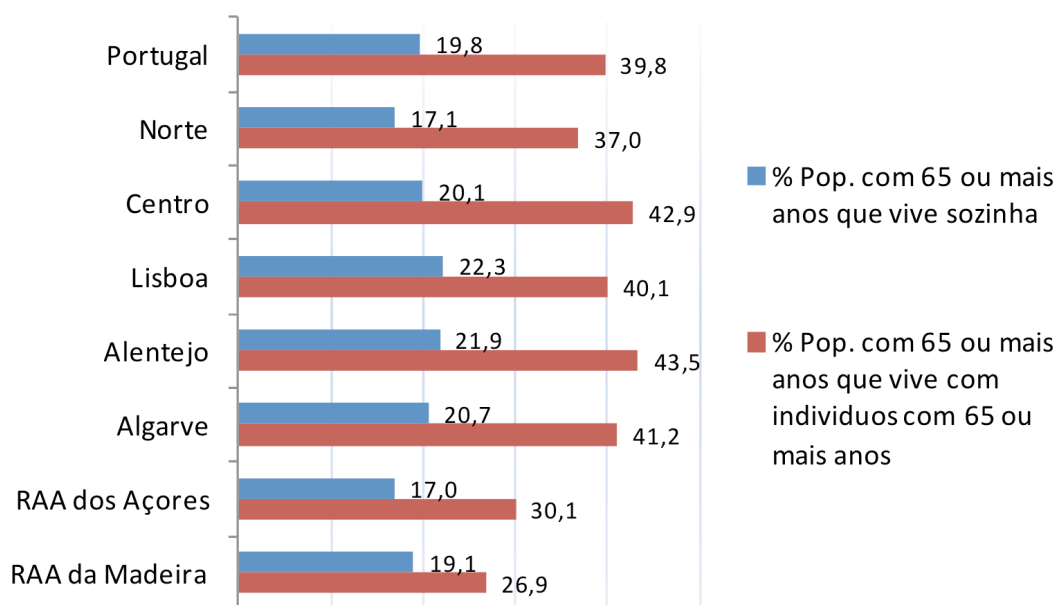
^{vi} Saldo migratório observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período, habitualmente expressa por 100 (10^2) ou 1000 (10^3) habitantes ⁽¹⁶⁾.

^{vii} Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento ⁽¹⁶⁾.

o grupo dos ≥ 75 anos cresceu segundo taxas superiores às da população com ≥ 65 anos nas décadas de 70/80 e na década de 90. Entre 1990-98, o número de indivíduos com ≥ 75 anos continuou a subir face aos de ≥ 65 anos, assim como a população com ≥ 85 anos, a qual apresentou no mesmo período uma taxa de crescimento médio anual de 2,1% ⁽¹⁷⁾. No futuro teremos mais idosos do que jovens, o que se traduz num peso relativo dos idosos que atingirá os 18,1% em 2020, assim como assistiremos a um aumento de proporção da população com ≥ 75 anos que se elevará a 7,7% em 2020, com um índice de longevidade já em 2010 de cerca de 45 indivíduos com ≥ 75 anos por cada 100 pessoas com ≥ 65 anos, sendo as mulheres o género mais representado ⁽¹⁷⁾.

Em consequência do aumento da esperança de vida, da desertificação e da transformação do papel da família na sociedade, cerca de 60% da população idosa portuguesa em 2011 vivia só ou na companhia exclusiva de outros indivíduos também idosos, o que chama a atenção para o crescente fenómeno do isolamento social desta população, que se verifica em todas as regiões do país, embora com maior expressão nas regiões de Lisboa, Alentejo e Algarve, como se pode ver na figura 1 ⁽¹⁸⁾.

Figura 1 - Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com ≥ 65 anos, por NUTS II, em 2011 (Fonte: INE, 2012).



Do ponto de vista habitacional, do total de alojamentos familiares ocupados em Portugal, 20% são habitados exclusivamente por pessoas idosas e 10% são habitados por uma só pessoa idosa, sendo o Alentejo e a Região Centro as mais representativas ⁽¹⁸⁾.

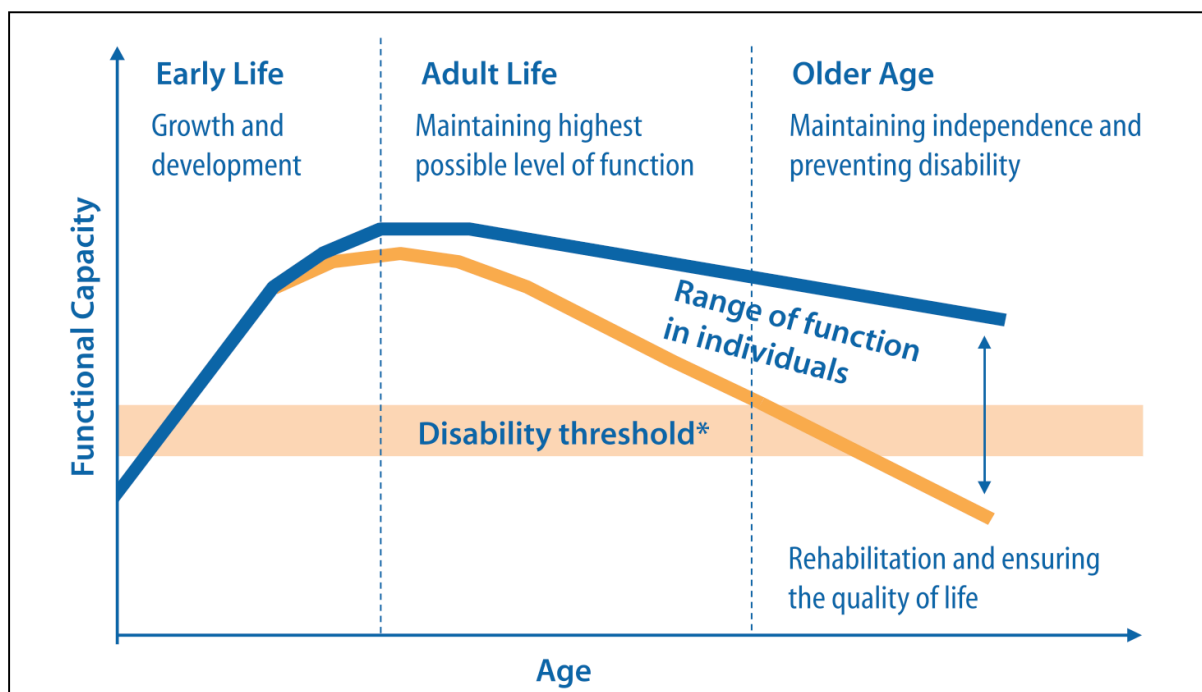
3.2.1. O estado funcional das populações

A população idosa não é homogénea nas suas características, e à medida que a idade aumenta as diferenças entre os indivíduos tendem a tornar-se mais assinaláveis. Para todas as regiões do Mundo, as doenças não transmissíveis tornaram-se as principais causas de morte, morbilidade e incapacidade nas fases mais tardias da vida, incluindo os países desenvolvidos, o que acarreta custos para os indivíduos, famílias e para o erário público ⁽¹⁾.

A OMS considera *independência* a capacidade para realizar funções relacionadas com as atividades da vida diária (AVD), como por exemplo a capacidade de viver na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem ⁽¹⁾. Da mesma forma, a dificuldade em desempenhar um conjunto de tarefas, como a mobilização, o alimentar-se, a higiene pessoal, entre outras, conduz à *dependência*, ou seja, à necessidade de ajuda ou de cuidados por parte de terceiras pessoas para além daquilo que é considerado normal para um adulto saudável ⁽¹⁹⁾. Por sua vez, a *autonomia* é a perceção que cada um possui acerca da habilidade para tomar decisões pessoais acerca de como viver no quotidiano de acordo com as suas regras e preferências, na procura de um envelhecimento ativo ⁽¹⁾. O conceito de *envelhecimento ativo* pode ser entendido como a capacidade de participar continuamente na sociedade do ponto de vista social, económico, cultural, espiritual e cívico, aproveitando as oportunidades para a saúde e a segurança, no sentido de promover a qualidade de vida à medida que se envelhece, independentemente da carga de doença, das limitações na independência e na autonomia e de outras fragilidades das populações ⁽¹⁾.

A capacidade funcional dos indivíduos aumenta durante a infância e atinge o seu máximo na idade adulta, seguindo-se uma eventual descida nas fases mais tardias da vida, como mostra a figura 2 ⁽¹⁾.

Figura 2 - Manutenção da capacidade funcional dos indivíduos ao longo do ciclo de vida. Mudanças no meio ambiente podem fazer baixar o limiar de incapacidade de uma população, fazendo diminuir o número de pessoas classificadas como sendo portadoras de incapacidades funcionais (Fonte: OMS, 2002).



Um importante efeito das doenças crônicas é a limitação progressiva da capacidade funcional ⁽¹⁹⁾. A *incapacidade funcional* inclui todos os níveis de limitação, desde dificuldades muito ligeiras do indivíduo em, por exemplo, apertar os atacadores dos sapatos, até incapacidades severas em executar tarefas de autocuidado ⁽²⁰⁾. Da mesma maneira, a *deficiência* é concetualizada como um *continuum* que vai desde pequenas dificuldades funcionais até limitações com grande impacto na vida dos indivíduos ⁽²¹⁾, pelo que estes dois conceitos se inter cruzam e sejam por vezes utilizados como sinónimos. No entanto, o declínio da capacidade funcional é largamente influenciado por fatores relacionados com os estilo de vida durante a idade adulta, assim como por fatores externos e ambientais, os quais podem conduzir à incapacidade prematura, sobretudo quando não são adotadas medidas individuais e políticas de saúde que defendam a manutenção da independência durante a velhice.

O relatório da OMS "Global Burden of Disease" de 2004, estima que 15,3% da população mundial sofra de incapacidades moderadas a severas, e 2,9% sofra de incapacidades severas ⁽²¹⁾, embora ocorram variações em função das várias regiões do mundo (figura 3). A população que apresenta maior prevalência de incapacidade funcional são os indivíduos do sexo feminino com ≥ 60 anos que residem nos países sub-desenvolvidos, sobretudo oriundos do sudeste asiático ⁽²¹⁾.

Figura 3 - Prevalência de "incapacidade moderada a severa" e "incapacidade severa" por região do Mundo, sexo e idade (Fonte: OMS, 2011).

Sex/age group	Percent							
	World	High-income countries	Low-income and middle-income countries, WHO region					
			African	Americas	South-East Asia	European	Eastern Mediterranean	Western Pacific
Severe disability								
Males								
0–14 years	0.7	0.4	1.2	0.7	0.7	0.9	0.9	0.5
15–59 years	2.6	2.2	3.3	2.6	2.7	2.8	2.9	2.4
≥ 60 years	9.8	7.9	15.7	9.2	11.9	7.3	11.8	9.8
Females								
0–14 years	0.7	0.4	1.2	0.6	0.7	0.8	0.8	0.5
15–59 years	2.8	2.5	3.3	2.6	3.1	2.7	3.0	2.4
≥ 60 years	10.5	9.0	17.9	9.2	13.2	7.2	13.0	10.3
All people								
0–14 years	0.7	0.4	1.2	0.6	0.7	0.8	0.9	0.5
15–59 years	2.7	2.3	3.3	2.6	2.9	2.7	3.0	2.4
≥ 60 years	10.2	8.5	16.9	9.2	12.6	7.2	12.4	10.0
≥ 15 years	3.8	3.8	4.5	3.4	4.0	3.6	3.9	3.4
All ages	2.9	3.2	3.1	2.6	2.9	3.0	2.8	2.7
Moderate and severe disability								
Males								
0–14 years	5.2	2.9	6.4	4.6	5.3	4.4	5.3	5.4
15–59 years	14.2	12.3	16.4	14.3	14.8	14.9	13.7	14.0
≥ 60 years	45.9	36.1	52.1	45.1	57.5	41.9	53.1	46.4
Females								
0–14 years	5.0	2.8	6.5	4.3	5.2	4.0	5.2	5.2
15–59 years	15.7	12.6	21.6	14.9	18.0	13.7	17.3	13.3
≥ 60 years	46.3	37.4	54.3	43.6	60.1	41.1	54.4	47.0
All people								
0–14 years	5.1	2.8	6.4	4.5	5.2	4.2	5.2	5.3
15–59 years	14.9	12.4	19.1	14.6	16.3	14.3	15.5	13.7
≥ 60 years	46.1	36.8	53.3	44.3	58.8	41.4	53.7	46.7
≥ 15 years	19.4	18.3	22.0	18.3	21.1	19.5	19.1	18.1
All ages	15.3	15.4	15.3	14.1	16.0	16.4	14.0	15.0

Tendo em conta que a possibilidade de desenvolver incapacidades ao nível físico e cognitivo aumenta muito em idades avançadas, e apesar do grupo de indivíduos com ≥ 80 anos ser aquele que mais rapidamente tem aumentado em todo o Mundo, uma parte das incapacidades associadas à idade e o aparecimento das doenças crónicas são fenómenos que podem ser atrasados ou até mesmo prevenidos. Um exemplo disso tem sido a diminuição das taxas de incapacidade específicas da idade nos últimos 20 anos nos Estados Unidos da América (EUA), Inglaterra, Suécia e outros países desenvolvidos ⁽¹⁾, embora se reconheça que a prevalência das incapacidades funcionais varie muito dentro de cada país ⁽²¹⁾.

Em Portugal, muitos idosos vivem em situação de dependência ⁽³⁾ quando poderiam ser autónomos: cerca de 2,5% dos idosos encontram-se sempre acamados e 7,3% encontram-se sempre sentados ⁽²²⁾. Para além disso, 12% dos idosos portugueses referem necessitar de ajuda para pelo menos uma AVD, sobretudo nos indivíduos com mais anos de idade e naqueles com menor escolaridade. Sublinha-se que 7,4% dos idosos que necessitam de ajuda, raramente ou nunca a têm ⁽²²⁾. Num estudo mais recente, que utilizou uma amostra representativa da população portuguesa de indivíduos com ≥ 55 anos (em 2001), concluiu-se que 21,4% dos indivíduos se encontrava em situação desfavorável nos domínios que avaliaram a dependência funcional - locomoção, autonomia física e autonomia instrumental - sendo o Alentejo a região onde mais se verificou esse facto ⁽²³⁾. Em cada um desses três domínios, a dependência aumentou com a idade de forma estatisticamente significativa, o mesmo acontecendo com a ocorrência de quedas, sendo os homens o sexo mais afetado ⁽²³⁾.

Algumas políticas de saúde têm-se mostrado em conformidade com o novo perfil demográfico, de que é exemplo a implementação e disseminação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta estratégia foi concebida para dar resposta às necessidades de uma população em envelhecimento, e veio operacionalizar um modelo concetual integrado que visa a promoção da manutenção das pessoas idosas no seu meio natural, assim como veio agilizar a transição dos indivíduos em situação de dependência através das diversas tipologias e níveis de prestação de cuidados de saúde ⁽⁴⁾. Neste contexto, a presença de estratégias claras de promoção da autonomia e de prevenção da dependência é um critério de qualidade tido em conta na avaliação das várias modalidades de respostas de cuidados às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência ⁽²⁴⁾.

Do universo de pessoas admitidas na RNCCI^{viii} até 2008, as mulheres idosas eram a classe mais frequente ⁽²⁵⁾. Numa análise evolutiva da dependência física dos indivíduos admitidos, verifica-se que a dependência física baixou de 54% para 25% nos dependentes no momento da alta, assim como o aumento de pessoas autónomas de 4% para 8% e dos independentes de 2% para 17% ⁽²⁵⁾.

Num estudo observacional e analítico realizado na Região de Saúde de Lisboa, com 110 utentes inscritos em Centros de Saúde ⁽²⁶⁾, concluiu-se que, quanto à funcionalidade e de uma forma geral, 55% dos indivíduos da amostra eram independentes, sendo apenas 8% totalmente independentes e 4% autónomos. No entanto, 12% eram dependentes de terceiros e 34% eram incapazes de executar uma ou mais das tarefas domésticas. Em relação à autonomia física, eram independentes 85% dos inquiridos, embora 42% deles tivesse necessidade de meios de apoio para a visão, micção, higiene diária e transferências de posição, fazendo com que a dependência de terceiros no vestir, na higiene diária e/ou na alimentação tivesse ocorrido em 13% dos casos. Nas AIVD, 56% dos indivíduos eram independentes e 11% eram dependentes de terceiros ⁽²⁶⁾.

Num estudo com 202 idosos de um Centro de Saúde de Coimbra ⁽²⁷⁾, não se verificaram diferenças, com significado estatístico, para o sexo em relação à incapacidade funcional (em sentido lato), sendo o grupo etário de 65-74 anos pontuado com valores mais elevados. No que se refere às AIVD, o grupo etário de ≥85 anos apresentou valores mais baixos para a capacidade de realização destas actividades sem ajuda, sobretudo nas mulheres. Nas ABVD, encontraram-se diferenças quanto à sua realização nos diferentes grupos etários mas não de acordo com o sexo, sendo a tarefa de tomar banho aquela onde se verificou maior percentagem de idosos dependentes.

^{viii} De notar que a RNCCI geria em 12/05/2008 um total de 7117 episódios, independentemente da sua origem, destino ou estado actual, e albergava 2226 camas contratadas e ativas ⁽²⁵⁾.

3.3. Os cuidados informais prestados aos indivíduos em situação de dependência

A OMS afirma que, de uma forma geral, os indivíduos que se inscrevem nas formas mais graves de incapacidade necessitam da ajuda de outrém para satisfazer as suas necessidades em cuidados diários ⁽¹⁹⁾. Pode ler-se no mesmo estudo que no ano 2000, os indivíduos dependentes representavam cerca de 4-5% da população total, ou seja, 7-8% da população total em idade ativa.

Em Portugal, como vimos anteriormente, os documentos estratégicos recomendam um reforço da atenção sobre as pessoas idosas, sobretudo as mais frágeis^{ix} e vulneráveis, atribuindo-lhes maior ênfase na conceção das respostas a oferecer por parte dos serviços de saúde ⁽⁴⁾. Contudo, a mobilização de esforços no sentido da operacionalização de respostas que satisfaçam as necessidades da população idosa em situação de dependência impõe à população em fase ativa um grande desafio económico e financeiro ⁽¹⁾.

Uma das abordagens que os profissionais e os cuidadores informais adotam para satisfazer as necessidades das pessoas idosas em situação de dependência, é a prestação de cuidados de longa duração, os quais visam as atividades levadas a cabo de modo a assegurar que uma pessoa que perdeu a capacidade de se autocuidar mantenha o maior nível de qualidade de vida possível, de acordo com as suas preferências, com o máximo grau de independência, autonomia, participação e dignidade ⁽²⁸⁾.

Devido a uma multiplicidade de fatores, muitos idosos em situação de dependência são mantidos no domicílio sob os cuidados de familiares, amigos, vizinhos, ou por uma ação concertada desses vários atores. Estes, ao assumir o papel de prestadores informais de cuidados (*informal caregivers*), ou de *familiares cuidadores* (FC), não significa que absorvam para si a responsabilidade global pelos cuidados de saúde - pretende-se, aliás, que assim não seja. A OMS, que tem realizado várias análises sobre os cuidados prestados no domicílio (*home-based care*) e das circunstâncias que os envolvem ^(1, 28-30), defende que à

^{ix} Pessoas idosas *frágeis* são indivíduos idosos com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia. Os critérios de fragilidade foram desritos por aquele autor e são predictivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de institucionalização e de perda de função após uma hospitalização. Compreendem nomeadamente: a idade de 65 e mais anos, AVC, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das AVD's, queda nos últimos 3 meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, défices sensoriais de visão ou audição, problemas sócio-económicos e familiares, utilização de contenções, incontinência e hospitalização não programada nos últimos 3 meses ⁽⁴⁾.

medida que a população envelhece, um dos principais desafios para as políticas da saúde está precisamente em procurar o estado de equilíbrio entre três pilares fundamentais: o apoio no autocuidado dos indivíduos, a prestação de cuidados informais e a prestação de cuidados formais ⁽¹⁾.

Os cuidados informais são cuidados prestados a indivíduos que perderam capacidades na satisfação das AVD e do autocuidado, e que são na sua maioria da responsabilidade de mulheres que normalmente fazem parte da família nuclear ou alargada, vizinhos, amigos ou outras pessoas significativas. Com vista a manter os níveis de qualidade de vida do(s) elemento(s) dependente(s), estes elementos prestam este tipo de cuidados muitas vezes de forma voluntária e, portanto, não profissionalizada ⁽²⁸⁾. Assim, a figura do FC reveste-se de um particular valor simbólico e humano mais do que técnico ou científico, tendo em conta os vínculos afetivos presentes, o que sublinha a importância de manter o elemento dependente no seu meio natural ⁽³¹⁾.

O FC assume para si a responsabilidade pela implementação dos cuidados diretos com um especial ênfase nas AVD em diversos níveis de ação: a preocupação, a supervisão, a orientação, a ajuda parcial e a substituição, através de um exercício de reorganização entre si próprio, o elemento dependente e a restante família, no sentido de apurar alternativas que potenciem as habilidades e os recursos pessoais existentes, e a eficiência nos cuidados varia em função do apoio formal e informal recebido ⁽³¹⁾.

A prestação de cuidados informais a idosos dependentes constitui-se, por um lado como uma fonte de satisfação para quem cuida, devido aos valores que veicula e ao afeto que transmite, e por outro lado como uma fonte de sobrecarga pela frustração que origina na satisfação das necessidades básicas dos FC ⁽³²⁾. Daqui emerge o conceito de *sobrecarga do cuidador (caregiver burden)*, que pode ser entendido como o *"...o conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experienciados pelos membros da família prestadores de cuidados a idosos com incapacidades."* ⁽³³⁾. Esta assunção tem sido largamente difundida na literatura e dominado o interesse científico e o objeto de estudo de investigadores que se têm dedicado ao estudo dos cuidados informais de indivíduos dependentes, focados essencialmente na perspetiva da sobrecarga do cuidador - problematização, concetualização, predição, avaliação, fatores de risco e modelos de intervenção ^(6, 31, 32, 34-47).

É legítima a dúvida sobre o que terá o contexto da prestação de cuidados informais a idosos de tão particular, em comparação por exemplo com os cuidados prestados às crianças, que o torna tão propício ao desenvolvimento de sobrecarga. Alguns estudos têm ajudado a explicar que aquilo que distingue a percepção sobre um e outro tipo de cuidados, reside na sua própria natureza, isto é, a sobrecarga surge pelo facto desta modalidade de cuidados ser incapaz de prevenir a deterioração física, psicológica e social do indivíduo dependente, ao contrário do que acontece com os cuidados prestados às crianças ^(32, 34-36). Assim, ao cuidar de um elemento progressivamente dependente, o FC fica exposto a uma série de fatores organizados em *crises de declínio*, que se consubstanciam na ameaça da degeneração, na imprevisibilidade, nos constrangimentos de tempo e horário, na natureza da relação cuidador-receptor^x e na impossibilidade de escolha do papel. Mais do que colocar em causa o bem-estar e a qualidade de vida, as crises de declínio vêm antes de tudo frustrar a satisfação das necessidades básicas humanas dos FC, entendidas sob o ponto de vista da pirâmide das necessidades de Maslow ⁽³²⁾.

A *ameaça da degeneração*, traduzida na perda daquelas capacidades da pessoa dependente que lhe permitem ser pessoa e possuir um sentimento de si próprio, vem trazer aos FC uma sensação de lenta extinção da personalidade do indivíduo dependente, o que obriga os primeiros a confrontarem-se com a progressiva incapacidade e, em última análise, com a morte. Adicionalmente, esta fase vem conferir ao indivíduo dependente a capacidade de adotar comportamentos destrutivos, perigosos e antissociais de forma persistente e irreversível, com repercussões no próprio funcionamento social dos FC ^(32, 34).

Estes factos criam um espaço para outra crise, a da *imprevisibilidade*, que se traduz na impossibilidade de prever o decurso da evolução/involução do estado de saúde do idoso dependente. Diferentes morbilidades apresentam evoluções diferentes e o mesmo percurso de doença pode afetar as pessoas de forma também diferente, o que confere à prestação de cuidados uma variabilidade que põe em causa as necessidades de segurança e estabilidade dos FC, assim como os seus sentimentos de afeto e auto-estima ^(32, 34).

Os *constrangimentos de tempo e horário* são perturbadores a dois níveis: em primeiro lugar, a prestação de cuidados recai normalmente sob a responsabilidade de apenas uma pessoa, o que conduz a uma sobrecarga horária; em segundo lugar, a necessidade do FC responder

^x Na literatura sobre cuidados informais, é vulgar o aparecimento do termo *recetor* para designar o elemento dependente que recebe os cuidados prestados por outrém.

em várias frentes (na prestação de cuidados diretos, no trabalho, na relação conjugal, na relação parental e outros) faz com que facilmente os compromissos e responsabilidades que assume nos vários domínios da sua vida entrem em conflito ^(32, 34). A natureza da *relação afetiva* entre o FC e o idoso dependente sofre necessariamente alterações a partir do momento em que os papéis familiares se invertem, obrigando ambos a uma renegociação das regras e das relações de poder previamente estabelecidas, facto que contribui para aumentar o risco de conflito entre os dois ^(32, 34).

Por último, a *impossibilidade* de escolha do papel de FC de um idoso dependente pode criar sentimentos de frustração, pondo frequentemente em causa planos traçados para aquela altura da vida do FC. Isto é mais assinalável quando se trata de uma situação de morbilidade demencial em que a adoção do papel se vai materializando ao longo do tempo sem que muitas vezes exista essa percepção. Muitas vezes não é oferecida recusa em assumir a responsabilidade pelos cuidados devido à natureza complexa dos laços familiares e também pela expectativa de que determinados elementos da família assumam essa responsabilidade ^(32, 34).

Num estudo britânico com uma amostra de 1825595 indivíduos, dos quais 10% eram FC, encontrou-se que a prestação de cuidados aumentava de acordo com a idade do FC de forma estatisticamente significativa, com a população do grupo etário dos 45-49 anos a integrar cerca de 20% dos FC, com um decréscimo a partir dessa idade ⁽⁴⁸⁾. O número de horas gastas por semana a prestar cuidados aumentou em função da idade do FC, com os mais idosos a prestar mais horas de cuidados semanais comparativamente com os mais jovens, independentemente do sexo. Não obstante, no grupo etário dos 20-29 anos encontraram-se diferenças com significado estatístico em relação ao sexo, sendo os indivíduos mais representados as mulheres que prestavam cuidados com uma duração superior a 50 horas por semana, o que pode ser explicado pelo seu estado laboral não ativo e, portanto, por uma maior disponibilidade para cuidar ⁽⁴⁸⁾. Assim, os quadrantes da população que mais frequentemente assumem o papel de FC e que mais tempo consomem nele são aqueles que, pela sua idade, são mais suscetíveis de necessitar de maior apoio para a consecução dos cuidados, nomeadamente no apoio à realização das AIVD ^(6, 31, 38, 49).

A tipologia de cuidados prestados pelos FC variam de acordo com vários níveis de ação, como foi já referido acima: preocupação, supervisão, orientação, ajuda parcial e substituição ⁽³¹⁾. Os FC são em grande parte dos casos responsáveis pela avaliação e monitorização do

estado de saúde do elemento dependente, promoção e proteção da sua saúde, prevenção da doença, ajuda ou substituição no autocuidado, prestação de cuidados pessoais (banho, preparação de refeições, arranjo pessoal ou outros), arranjo da casa, adaptação ao ambiente domiciliário (nomeadamente na adequação do ambiente físico), referenciação para serviços comunitários (como a reabilitação ou outros), utilização de recursos da comunidade, provisão de ajudas técnicas, equipamentos e medicamentos, apoio em problemas específicos (abuso de substâncias, quadros demenciais, incontinência), cuidados de substituição através de instituições, cuidados paliativos (gestão da analgesia), informação e educação ao indivíduo dependente e à família, aconselhamento e suporte emocional, facilitação e preservação do suporte e das redes sociais, apoio a outros elementos prestadores de cuidados informais ^(28, 49).

Um estudo com uma amostra de 214 idosos dependentes, mostrou que a dependência física e instrumental não emergiu como um determinante da sobrecarga do FC, muito embora estivesse associado ao aumento da sua perceção de depressão e fadiga, assim como à diminuição da satisfação com os cuidados ⁽⁶⁾. Por outro lado, o maior número de horas diárias de prestação de cuidados mostrou ser preditor da sobrecarga subjetiva e de alterações no estado do humor, manifestando-se em depressão e fadiga ⁽⁶⁾. A existência de recursos familiares, um rendimento mensal mais elevado e um maior sentido de competência foram variáveis que se associaram a uma menor sobrecarga subjetiva, menor impacto da prestação de cuidados informais, melhor saúde comparada e em menos distúrbios do humor ⁽⁶⁾.

As necessidades dos FC de idosos dependentes no contexto do regresso a casa após alta hospitalar, variam no tempo e foram descritas por ⁽⁵⁰⁾ em três fases, sendo que em todas elas se verificou a necessidade de apoio e envolvimento de terceiros:

(1) *fase de compromisso*, que ocorre antes da alta hospitalar e que marca o início do papel de cuidador, e que se caracteriza por necessidades ao nível da informação sobre a condição de saúde do idoso dependente, da monitorização e gestão de sintomas, da prestação de cuidados diretos e da gestão de situações urgentes;

(2) *fase de negociação*, que ocorre logo após a alta e se traduz no ajuste das regras e dos padrões entre o cuidador e o recetor, onde as necessidades se baseiam no aperfeiçoamento das competências do familiar para tomar conta, na adesão do idoso dependente ao regime

de tratamento, no apoio emocional prestado e na interligação com os prestadores de cuidados de saúde na comunidade;

(3) *fase de resolução*, quando o cuidador e o recetor chegam a um padrão estável de prestação e receção de cuidados, sendo que as necessidades do primeiro se baseiam principalmente no apoio emocional.

3.3.1 O conhecimento e as habilidades no contexto da prestação informal de cuidados

A situação de prestar cuidados informais a idosos dependentes, em casa, coloca o cuidador perante um processo de adaptação que passa necessariamente pelo aumento do repertório de conhecimentos e de capacidades que lhe permita lidar este tipo de exigência. As necessidades específicas e individuais em conhecimentos e em habilidades para um eficaz desempenho do papel de FC, exigem da parte dos profissionais de saúde a criação de parcerias nos cenários onde essa prestação de cuidados tem lugar, ou seja, no domicílio.

A educação para a saúde pode ser encarada como o conjunto de *"...toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença, produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar; pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida."*⁽⁸⁾. As estratégias de educação para a saúde concebidas para responder às necessidades dos FC devem assumir um carácter sistémico, sistemático, profissionalizado e personalizado, de forma a consubstanciar oportunidades de crescimento e de maturação das capacidades da família ou de outros significativos para o papel que são chamados a desempenhar⁽¹⁰⁾.

É de elevada importância a articulação e a partilha de responsabilidades entre os vários atores que intervêm no processo, nomeadamente os FC e o sistema de prestação de cuidados de saúde, numa tentativa de preservar quer a qualidade dos cuidados que são prestados em casa, quer a saúde física e mental dos FC^(28, 38). O ónus que advém do crescente aumento da necessidade de cuidados informais a idosos dependentes, no domicílio, recai na grande maioria dos casos sobre as mulheres. Se estas não possuírem

um conjunto de recursos necessários, de que o conhecimento e as habilidades para cuidar são exemplo, terão como único fundamento para os seus cuidados a sua própria tomada de decisão, baseada naquilo nas suas concepções individuais e nas suas crenças de saúde. Em relação aos conhecimentos e capacidades dos FC para fazer face às exigências dos cuidados, os que manifestam não ter conhecimentos nem capacidades, acusam maior sobrecarga, maior impacto do cuidado, pior saúde e pior qualidade de vida ⁽⁶⁾.

Num artigo sobre doentes de AVC e os seus FC no Reino Unido, refletiu-se sobre suas necessidades, assim como sobre a falta de informação e competências suficientes para assumir o cargo de FC ⁽⁵¹⁾. Muitas vezes, os profissionais tendem a produzir julgamentos *à priori* sobre a capacidade intelectual daqueles, assumindo que os que apresentam uma personalidade com maior pendor emocional são menos capazes de reter a informação ^(52, 53).

A habilidade para prestar cuidados, e não somente a decisão e a prontidão para cuidar, é um requisito fundamental cuja não satisfação pode colocar em causa quer a qualidade dos cuidados prestados, quer a saúde e qualidade de vida de quem cuida ⁽⁵¹⁾. A questão da preparação para prestar cuidados assume um significado ainda maior quando a situação surge ao cuidador pela primeira vez, o que faz aumentar a necessidade de uma avaliação dos seus conhecimentos e habilidades, evitando assim uma modalidade de respostas do tipo tentativa-erro muitas vezes adoptadas pelos FC ⁽⁵⁴⁾.

Vários autores têm chamado a atenção para a importância da adaptação ao papel do FC no contexto da alta clínica após um internamento hospitalar quando se prevê que a incapacidade funcional se prolongue no tempo. Logo desde os primeiros momentos do internamento, os profissionais de saúde deverão investir na capacitação do FC para a sua nova missão. Esta visão, traduzida no conceito de *preparação do regresso a casa*, deve ser operacionalizada tendo como alvo o doente dependente (dentro das capacidades que preservar) e o seu FC, através de um processo de avaliação das necessidades e de intervenção, promovendo a continuidade de cuidados pelos diferentes níveis de prestação de cuidados: cuidados hospitalares e cuidados primários ^(9, 10, 55).

A relevância que a *Aprendizagem Cognitiva*^{xi} e a *Aprendizagem de Capacidades*^{xii} dos clientes ocupam no seio das práticas de cuidados de enfermagem é sublinhada num estudo sobre o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) ⁽¹³⁾ em Portugal, onde se destaca a importância das intervenções de enfermagem que, ao atuarem ao nível da apropriação de conhecimentos teóricos e da aquisição de capacidades instrumentais por parte dos clientes, os colocam numa posição facilitada para corresponder ao papel de cuidadores. Do ponto de vista das relações estabelecidas entre os elementos clínicos centrais da enfermagem (focos, diagnósticos, intervenções), ficou claro no mesmo estudo que as intervenções de enfermagem que têm por tipo de ação o *Informar*^{xiii} e o *Ensinar*^{xiv}, põem em destaque a *Aprendizagem Cognitiva* como dimensão central dos cuidados. Por outro lado, as intervenções de enfermagem dirigidas à *Aprendizagem de Capacidades* teriam por tipo de ação o *Instruir*^{xv} e o *Treinar*^{xvi} ⁽¹³⁾. Estas intervenções traduzem uma orientação para os cuidados centrada na aquisição de conhecimentos e de capacidades para o desempenho adequado do papel de FC.

O facto de cerca de dois terços das intervenções de enfermagem definidas para o RMDE terem aqueles tipos de ação, vem reforçar a relevância que o conhecimento e as capacidades dos clientes assumem no discurso da profissão de Enfermagem, sendo que o aprofundamento concetual das intervenções contribuirá para a construção de respostas mais apropriadas acerca de como ensinar, com que estratégias e com que didáticas ⁽¹³⁾.

^{xi} *Aprendizagem Cognitiva* é um tipo de *Aprendizagem* com as características específicas: aquisição da capacidade de resolução de problemas, associada a inteligência e pensamento consciente. ⁽¹²⁾

^{xii} *Aprendizagem de Capacidades* é um tipo de *Aprendizagem* com as características específicas: aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício. ⁽¹²⁾

^{xiii} Acção com as características específicas: comunicar alguma coisa a alguém. ⁽¹²⁾

^{xiv} Acção de *Informar* com as características específicas: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde. ⁽¹²⁾

^{xv} Acção de *Ensinar* com as características específicas: fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa. ⁽¹²⁾

^{xvi} Acção de *Instruir* com as características específicas: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa. ⁽¹²⁾

4. Objetivos

Os objetivos deste estudo são:

1. Conhecer as características sócio-demográficas e o grau de independência na realização das ABVD e das AIVD de idosos em situação de dependência que residem no domicílio e que se encontram inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) Serpa Pinto^{xvii};
2. Conhecer as características sócio-demográficas dos FC dos idosos dependentes e as características do contexto da prestação dos cuidados informais;
3. Conhecer a satisfação com os cuidados de enfermagem dos idosos dependentes (ou dos seus FC);
4. Descrever os enunciados dos diagnósticos do domínio da *Aprendizagem Cognitiva* atribuídos aos idosos dependentes e aos seus FC, que tenham sido documentados no SAPE® entre 01/01/2009 e 31/07/2011;
5. Descrever os enunciados diagnósticos da área da *Aprendizagem de Capacidades* atribuídos aos idosos dependentes e aos seus FC, que tenham sido documentados no SAPE® entre 01/01/2009 e 31/07/2011;
6. Descrever as intervenções de enfermagem com os tipos de ação *Informar*, *Ensinar*, *Instruir* e *Treinar*, implementadas aos idosos dependentes e aos seus FC, que tenham sido documentadas no SAPE® entre 01/01/2009 e 31/07/2011;

^{xvii} No capítulo dos Objetivos, designaremos os "idosos em situação de dependência que residem no domicílio e que se encontram inscritos na USF Serpa Pinto" apenas por "idosos dependentes".

5. Métodos

5.1. Tipo de estudo

De acordo com a evidência disponível sobre as problemáticas centrais do estudo e com os objetivos previamente estabelecidos, optámos por realizar um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Os estudos deste género visam descrever um ou mais fenómenos ou conceitos relativos a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa mesma população (ou de uma amostra dela), com a atribuição de valores numéricos aos objetos ou acontecimentos segundo certas regras de medida. Este tipo de estudos são normalmente uma etapa preparatória para a formulação de hipóteses e para o desenvolvimento da teoria ⁽⁵⁶⁾.

5.2. Contexto do estudo

5.2.1. Local de implementação

O estudo teve lugar na USF Serpa Pinto^{xviii}, uma USF modelo B pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto IV - Porto Ocidental, que por sua vez integra a Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARSN, IP). Esta USF, que se localiza na freguesia de Cedofeita, iniciou oficialmente atividade assistencial em 01/05/2008. Pela sua localização geográfica, tem como unidade hospitalar de referência o Centro Hospitalar do Porto (Hospital Geral de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Joaquim Urbano).

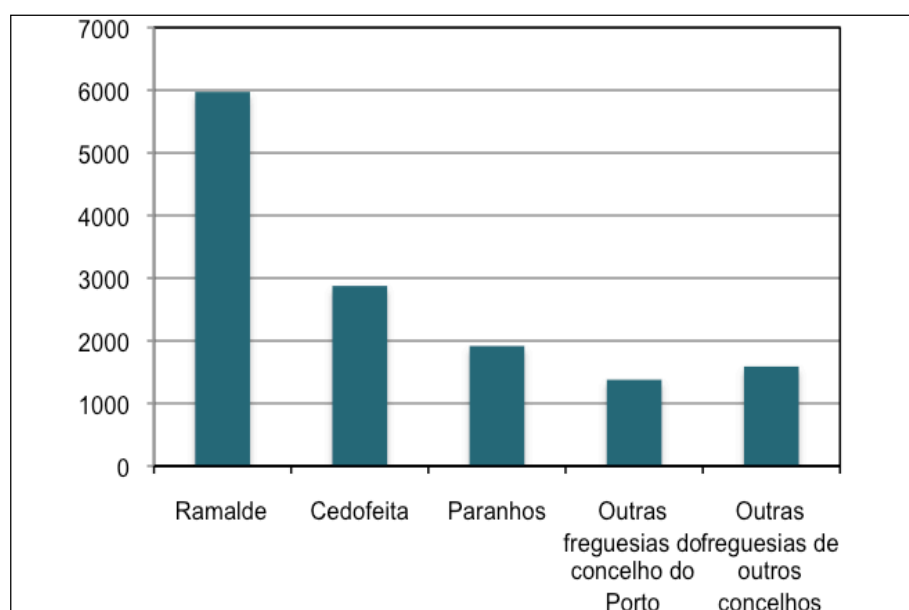
A organização da equipa multiprofissional da USF assenta na divisão em oito equipas de saúde familiar constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Estes profissionais são responsáveis por prestar e/ou assegurar a prestação de cuidados de saúde a um conjunto de famílias inscritas na lista de cada uma das equipas, ao longo do seu ciclo de vida. As listagens de utentes têm um carácter dinâmico, o qual decorre do constante fluxo de entradas e saídas de indivíduos das mesmas por nascimentos, óbitos, transferências de unidade funcional ou outros motivos.

^{xviii} Daqui em diante designada apenas por "USF".

Do ponto de vista da abrangência de cuidados de saúde prestados, as equipas de saúde familiar dão cumprimento à lógica de divisão em áreas gerais denominadas de “programas de saúde”, cuja estipulação é da responsabilidade patilhada da Direção-Geral da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde. Os programas de saúde atualmente em vigor aos quais é possível associar indivíduos idosos são^{xix}: *Acompanhamento de Doentes com Tuberculose, Apoio Domiciliário Integrado (Adi), Dependentes, Domicílio, Grupo de risco: Cardiovascular, Grupo de risco: Diabetes, Grupo de risco: Hipertensão, Hipocoagulados, Ostomizados, Podologia, Programa Nacional de Combate à Obesidade, Saúde do Idoso e Tratamento de Feridas/Úlceras.*

A USF onde se implementou o estudo abrangia em 31/12/2009 uma população inscrita de 13735 utentes (55,1% eram mulheres e 44,9% eram homens), representando os idosos 19,3% da população total inscrita (semelhante ao encontrado em Portugal Continental). Naquela data, 72,6% do total de inscritos tinha registo de morada na área de influência da USF, ou seja, nas freguesias de Ramalde (n=5974), Cedofeita (n=2876) e Paranhos (n=1917), como mostra a figura 4.

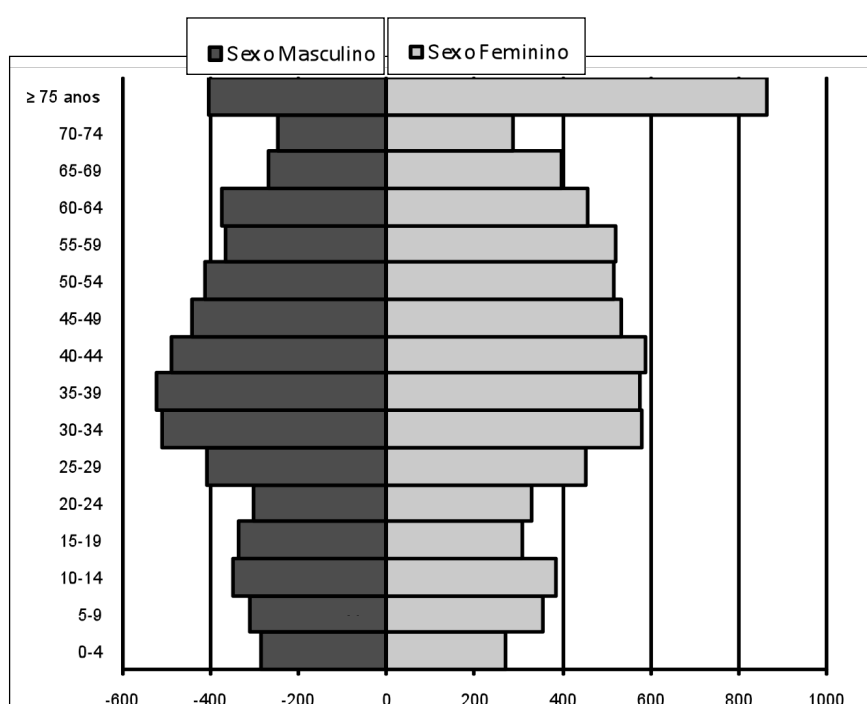
Figura 4 - Número de inscritos na USF por local de registo de residência em 31/12/2009 (Fonte: SINUS®).



^{xix} A criação de programas de saúde pode ainda resultar de iniciativas locais, pelo que a lista de programas existentes pode ser mais vasta do que aquela que se aqui apresenta.

Na pirâmide etária da USF (figura 5), na mesma data, vem representado um elevado número de inscritos com idade ≥ 75 anos com predominância do sexo feminino. Salvaguardam-se as diferenças no intervalo usado para esse grupo etário face aos restantes, dado que desconhecemos o número máximo para a idade). Dados mais recentes, referentes a 09/10/2011, mostram um número total de inscritos de 13820, ou seja, mais 85 indivíduos do que em 31/12/2009, sendo que o grupo dos indivíduos com ≥ 65 anos representava nessa data 20,1% do total de inscritos (era de 19,3% em 31/12/2009).

Figura 5 - Pirâmide etária da USF em 31/12/2009 (Fonte: SINUS®).



No que se refere aos profissionais, em 09/10/2011 exerciam atividade na USF 33 profissionais de saúde: 17(51,5%) pertenciam à classe médica (8 médicos assistentes graduados em Medicina Geral e Familiar, 8 médicos alunos do internato de Medicina Geral e Familiar, 1 médico aluno do internato de Pediatria); 7(21,2%) pertenciam à classe de enfermagem (1 enfermeiro especialista, 5 enfermeiros graduados, 1 enfermeiro Nível I); e 9(27,3%) pertenciam a outras classes profissionais (6 secretários clínicos/assistentes administrativos, 2 auxiliares/técnicos operacionais, 1 psicólogo clínico). Em relação à quantidade de utentes inscritos por classe profissional, existia em 09/10/2011 um rácio utentes/médico de 1717, um rácio de utentes/enfermeiro de 1962 e um rácio de utentes/secretário clínico de 2289.

5.2.1.1 Sistemas de informação

No que respeita à documentação da prática clínica, operacionaliza-se através da introdução dos dados e informação relativos aos indivíduos e famílias em aplicativos informáticos incorporados na Rede Informática da Saúde (RIS), cujo acesso é permitido aos médicos, enfermeiros e secretários clínicos da USF através da autenticação com *login* e *password*.

Para a documentação da prática médica está disponível o *Sistema de Apoio ao Médico®* versão 10.0 (SAM®-10.0). O SAM® incorpora os termos e códigos da *Internacional Classification of Primary Care®* versão 2, desenvolvida pela *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA). A ICPC®-2 é uma classificação que se organiza em dezassete capítulos^{xx}. A *Limitação Funcional/Incapacidade* é um termo transversal aos dezassete capítulos, cuja codificação se faz sempre pela junção entre a letra correspondente ao capítulo em causa e o algarismo 28 (por exemplo, L28 codifica a *Limitação Funcional/Incapacidade* com origem no aparelho musculo-esquelético).

Para a documentação da prática de enfermagem está disponível o *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem®* versão 6.0 (SAPE®-6.0). Este aplicativo incorpora, para efeitos taxonómicos, os termos e códigos contidos na *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem®* v.β2, desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (ICN). A CIPE®-β2 é uma classificação multiaxial constituída pela classificação dos fenómenos de enfermagem, classificação das ações de enfermagem e classificação dos resultados de enfermagem, sendo as duas primeiras constituídas por oito eixos, cada um dos eixos contendo termos com códigos alfanuméricos^{xxi}.

^{xx} (1) A-Geral e Inespecífico; (2) B-Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço; (3) D-Aparelho Digestivo; (4) F-Olho; (5) H-Ouvido; (6) K-Aparelho Circulatório; (7) L-Sistema Musculo-esquelético; (8) N-Sistema Neurológico; (9) P-Psicológico; (10) R-Aparelho Respiratório; (11) S-Pele; (12) T-Endócrino, Metabólico e Nutricional; (13) U-Aparelho Urinário; (14) W-Gravidez, Parto e Planeamento Familiar; (15) X-Aparelho Genital Feminino (inclui Mama); (16) Y-Aparelho Genital Masculino (inclui Mama); (17) Z-Problemas Sociais. Cada um dos capítulos anterior está organizado em sete componentes: (1), sinais e sintomas (2), procedimentos diagnósticos e preventivos (3), medicação, tratamento, procedimentos terapêuticos (4), resultados (5), administrativo (6) referências e outros motivos de consulta e (7) diagnóstico/doença, sendo que em cada um destes componentes é composto por termos com códigos alfanuméricos constituídos pela letra que define o capítulo e por dois dígitos que compõem algarismos em ordem crescente (por exemplo, K90 codifica *Trombose/Acidente Vascular Cerebral*, um termo da componente 7 do capítulo K-Aparelho Circulatório, e K91 codifica o termo imediatamente a seguir, neste caso *Doença Vascular Cerebral*).

^{xxi} Na classificação dos fenómenos temos os eixos: (A) Foco da Prática de Enfermagem; (B) Juízo; (C) Frequência; (D) Duração; (E) Topologia; (F) Localização Anatômica; (G) Probabilidade; (H) Portador, enquanto que na classificação das ações temos os eixos: (A) Tipo de Ação; (B) Alvo; (C) Recursos; (D) Tempo; (E) Topologia; (F) Localização; (G) Via; (H) Beneficiário. A construção de diagnósticos e de intervenções de

O *Sistema de Informação das Unidades de Saúde*® (SINUS®) é o aplicativo informático responsável pela gestão administrativa das inscrições e exclusões de utentes, marcação de consultas médicas na USF de acordo com a tipologia, registo de atos de vacinação, assim como pelo fornecimento de dados de cobertura vacinal da população. Para além destes, a USF dispõe ainda de uma ferramenta informática de *business intelligence* denominada *Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais*® versão 2.0 (MIM@UF®-2.0). Este pacote estatístico complementa a informação de produção diária da unidade funcional com informação agregada de produção mensal ou anual, proveniente das bases de dados regionais e nacionais. Através da utilização do SINUS®, do SAPE® e do SAM® como fontes primárias dos dados, o MIM@UF®-2.0 armazena e disponibiliza um conjunto de dados clínicos e demográficos com detalhe ao utente^{xxii}.

5.3. População e amostra

Em investigação, uma *população* é uma coleção de elementos (pessoas ou não) que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, sendo a *população-alvo* constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações ou interpretações⁽⁵⁷⁾. Quando nos reportamos à investigação clínica, quer a definição concetual quer a definição operacional da população devem estar clarificadas sem ambiguidade e baseadas nas propriedades do reconhecimento (condição clínica reconhecível pela comunidade clínica ou científica), da relevância (pertinência clínica) e da atributividade (determina objetivamente se o elemento pertence ou não à população)⁽⁵⁸⁾. A amostragem proporciona uma forma de analisar características ou hipóteses sobre a população através de um número limitado de observações assumindo que a estrutura da população deve ser consistente com a estrutura da amostra, o que remete para os conceitos de

enfermagem segue regras próprias de adição de conceitos contidos nos termos dos eixos dos fenómenos de enfermagem (para formular diagnósticos de enfermagem) e de conceitos contidos nos termos dos eixos das ações de enfermagem (para formular intervenções), sendo que a identificação do foco da prática de enfermagem é a primeira regra formal para formular um diagnóstico de enfermagem.

^{xxii} Os dados são disponibilizados em nove domínios: (a) inscritos (informação de utentes inscritos); (b) indicadores (indicadores de contratualização e atividades específicas); (c) consultas (dados de consultas e listagens de utilizadores); (d) problemas (doenças crónicas ativas ao nível do “utente” num determinado mês e comorbilidades); (e) doenças (estatísticas e listagens de doenças); (f) medicamentos (prescritos e faturados); (g) MCDT's (meios complementares de diagnóstico e terapêutica, prescritos e faturados); (h) enfermagem (dados de produção sobre fenómenos e intervenções de enfermagem provenientes de contactos no SAPE®); (i) vacinas (dados de cobertura vacinal).

representatividade e de precisão, os quais dizem respeito, respetivamente, ao método de amostragem utilizado e ao tamanho amostral considerado para o estudo ⁽⁵⁸⁾.

No nosso estudo, a população são os *idosos em situação de dependência para a realização das AVD*, e tomou como população-alvo os indivíduos que se encontravam inscritos na USF Serpa Pinto e que eram portadores de uma ou mais condições tidas como incapacitantes, de acordo com a literatura consultada. Para identificar os elementos da população-alvo, recorremos ao MIM@UF®-2.0 e selecionaram-se nove grupos de indivíduos com características específicas comuns em cada grupo, de acordo com os seguintes critérios:

- a) ter ≥ 65 anos de idade;
- b) ter registo de morada nas freguesias de Ramalde, Cedofeita ou Paranhos;
- c) ter registo de *Acidente Vascular Cerebral* e/ou *Doença Vascular Cerebral* (2009-2011);
- d) ter registo de *Fractura: fémur* (2009-2011);
- e) ter registo de *Paralisia/Fraqueza* e/ou *Esclerose Múltipla* e/ou *Parkinsonismo* (2009-2011);
- f) ter registo de *Sensação/Comportamento Senil* e/ou *Demência* (2009-2011);
- g) ter registo de *Limitação Funcional/Incapacidade* por qualquer etiologia (2009-2011);
- h) ter registo de *Úlcera de Pressão* e/ou *Stress do Prestador de Cuidados* e/ou *Autocuidado: Higiene* e/ou *Autocuidado: Banho* e/ou *Autocuidado: Beber* e/ou *Alimentar-se* e/ou *Transferir-se* e/ou *Posicionar-se* e/ou *Queda* (2009-2011);
- i) estar associado ao programa de saúde *Dependentes* (a 31/07/2011);
- j) estar associado ao programa de saúde *Domicílio* (a 31/07/2011);
- k) estar associado ao programa de saúde *Apoio Domiciliário Integrado (Adi)* (a 31/07/2011);
- l) ter inscrição válida^{xxiii} na USF (a 31/07/2011);
- m) apresentar score < 90 no IB (no momento da colheita de dados).

Como critérios de exclusão, estipularam-se os seguintes:

- a) encontrar-se institucionalizado à data da colheita de dados (internamento em hospital ou em unidades de cuidados continuados, residir em lar/residência para idosos, centro de dia ou outra instituição com carácter de acolhimento temporário ou permanente);

^{xxiii} Entende-se por “inscrição válida” todos os casos de utentes com inscrição ativa na USF, excluindo-se os casos em que o registo do utente permanece na base de dados embora desatualizado em consequência de óbito ou transferência de unidade funcional.

b) residir fora das freguesias de Ramalde, Cedofeita ou Paranhos (ainda que exista registo no SINUS® de morada dentro dessa área).

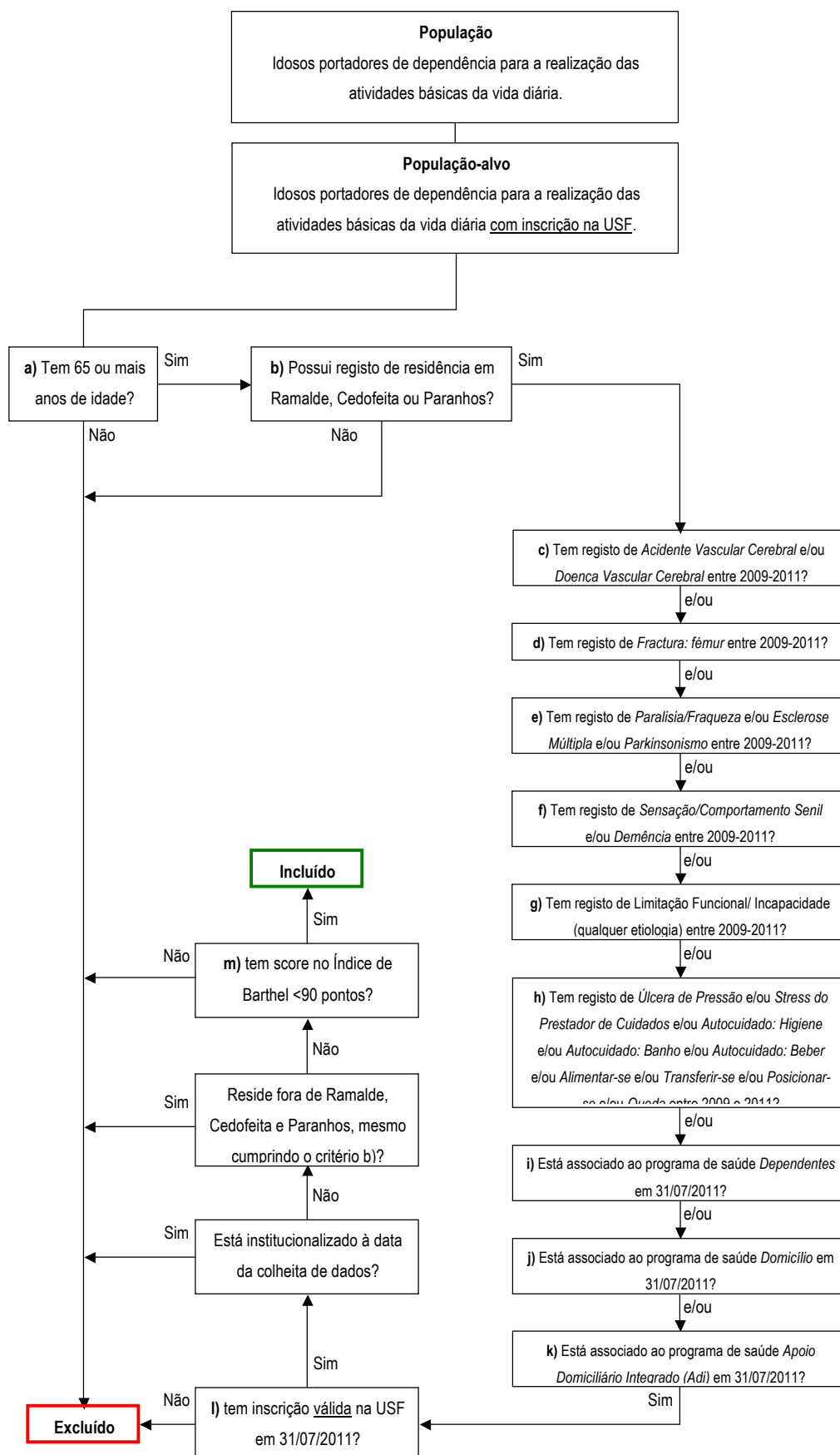
Com estes critérios pretendeu-se selecionar uma amostra que satisfizesse as condições que lhes estão subjacentes e que se baseiam na presença ou associação a (1) doenças/morbilidades, (2) fenómenos de enfermagem e, (3) programas de saúde. De notar que os critérios de inclusão do c) ao k) não são necessariamente sobreponíveis, respeitando a sequência e as conjunções de acordo com a fórmula abaixo. É portanto um método de amostragem não probabilístico em que os elementos foram selecionados por conveniência.

$$\{ [a) \text{ E } b)] + [c) \text{ E/OU } d) \text{ E/OU } e) \text{ E/OU } f) \text{ E/OU } g) \text{ E/OU } h) \text{ E/OU } i) \text{ E/OU } j) \text{ E/OU } k)] + [l) \text{ E } m)] \}$$

Na tabela 1 apresentam-se os critérios de inclusão e as condições específicas que os satisfazem, ao passo que na figura 6 se esquematiza a sequência de passos adotados na seleção da amostra, tornando-se visíveis as relações entre os critérios de inclusão e de exclusão.

Tabela 1 - Critérios de inclusão, métodos utilizados na identificação dos casos e condições específicas que satisfazem os critérios de inclusão definidos.

Critério de inclusão	Método utilizado na identificação dos casos	Condições específicas que satisfazem os critérios
a) Ter ≥65 anos de idade.	Seleção manual após apuramento dos casos elegíveis nos relatórios do MIM@UF@-2.0	- Possuir "65" ou valor superior no campo "Idade".
b) Ter registo de morada nas freguesias de Ramalde, Cedofeita ou Paranhos.	Seleção manual após apuramento dos casos elegíveis nos relatórios do MIM@UF@-2.0	- Possuir "Ramalde", "Cedofeita" ou "Paranhos" no campo "Freguesia de Residência".
c) Ter registo de Acidente Vascular Cerebral e/ou Doença Vascular Cerebral entre 2009-2011.	Seleção automática através do MIM@UF@-2.0, com recurso aos códigos dos termos da ICPC@-2)	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar Doenças>Listagens>Relatório P05.L01; - Selecionar período de análise (2009, 2010, 2011); - Selecionar doença codificada com K90 e/ou K91 e/ou L75 e/ou N18 e/ou N86 e/ou N87 e/ou P05 e/ou P70 e/ou A28 e/ou B28 e/ou D28 e/ou F28 e/ou H28 e/ou K28 e/ou L28 e/ou N28 e/ou P28 e/ou R28 e/ou S28 e/ou T28 e/ou U28 e/ou X28 e/ou Y28 e/ou Z28; - Extrair relatório em formato .xls (MS Excel@).
d) Ter registo de Fractura: fémur entre 2009-2011.		
e) Ter registo de Paralisia/Fraqueza e/ou Esclerose Múltipla e/ou Parkinsonismo entre 2009-2011.		
f) Ter registo de Sensação/Comportamento Senil e/ou Demência entre 2009-2011.		
g) Ter registo de Limitação Funcional/Incapacidade (qualquer etiologia) entre 2009-2011.		
h) Ter registo de Alimentar-se e/ou Autocuidado: Banho e/ou Autocuidado: Beber e/ou Autocuidado: Higiene e/ou Posicionar-se e/ou Queda e/ou Úlcera de Pressão e/ou Stress do Prestador de Cuidados e/ou Transferir-se entre 2009-2011.	Seleção automática através do MIM@UF@ v.2.0, com recurso aos códigos dos termos da CIPE@-I2.	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar Enfermagem>Fenómenos>Relatório P08.03.L01; - Selecionar período de análise (2009, 2010, 2011); - Selecionar os fenómenos de enfermagem com os termos: Alimentar-se, Autocuidado: Banho, Autocuidado: Beber, Autocuidado: Higiene, Posicionar-se, Queda, Úlcera de Pressão, Stress do Prestador de Cuidados, Transferir-se; - Extrair relatório em formato .xls (MS Excel).
i) Estar associado ao programa de saúde Dependentes em 31/07/2011.	SAPE@-6.0	<ul style="list-style-type: none"> - No menu inicial selecionar Listagens>Serviço>Lista de Utentes por Programa de Saúde; - Selecionar o programa de saúde "Dependentes" e selecionar opção <i>Imprimir</i> (visualização do documento); - Repetir o passo anterior para os programas de saúde "Domicílio" e "Apoio Domiciliário Integrado (Adi)".
j) Estar associado ao programa de saúde Domicílio em 31/07/2011.		
k) Estar associado ao programa de saúde Apoio Domiciliário Integrado (Adi) em 31/07/2011.		
l) Ter inscrição válida na USF em 31/07/2011.	Seleção manual recorrendo ao SINUS@ após apuramento dos casos elegíveis nos relatórios do MIM@UF@-2.0	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar o utente; - Verificar o estado da inscrição; - Excluir todos os que apresentem "óbito" ou "transferência para outra unidade".
m) Apresentar score <90 no Índice de Barthel.	Aplicação de instrumento de medida (Índice de Barthel)	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do Índice de Barthel; - Fazer somatório do grau de dependência em cada um dos dez domínios do instrumento (higiene pessoal, banho, vestir, alimentar-se, levantar-se da cama/cadeira, subir/descer escadas, deambular, controlo da função intestinal, controlo da função urinária, ir à casa de banho); - Incluir os elementos com score entre 0 e 85, inclusivé.

Figura 6 - Sequência adotada na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

5.4. Materiais

5.4.1. Variáveis

Uma variável é uma propriedade observável que varia e à qual são atribuídos valores, sendo que a medida das variáveis resulta da instrumentação, um dos componentes maiores da medida, que consiste em aplicar regras precisas na elaboração de métodos e instrumentos para medir características ou atributos ⁽⁵⁹⁾. Para este estudo foram selecionadas variáveis relativas ao idoso, ao FC, ao contexto da prestação de cuidados informais, à satisfação com os cuidados de enfermagem e um conjunto de variáveis clínicas.

As variáveis relativas ao idoso incluíram o sexo, a idade, a freguesia de residência, o estado civil, a escolaridade, a incapacidade/dependência, a independência nas ABVD e a independência nas AIVD, da mesma forma que as variáveis relativas ao FC incluíram o sexo, a idade, a freguesia de residência, o estado civil, a escolaridade, o regime de coabitação com o idoso, o parentesco com o idoso, a duração do papel de FC e a existência de outros dependentes.

No que respeita às variáveis do contexto da prestação de cuidados informais, foram tidas em conta as tipologias de cuidados prestados e o apoio recebido para cuidar. A satisfação com os cuidados de enfermagem contemplou dimensões relativas à satisfação com a relação e comunicação, com cuidados de enfermagem (vertente clínica), com a informação e apoio, com a cooperação e continuidade e com a organização dos serviços.

Por último, as variáveis clínicas estudadas incluíram o número de contatos de enfermagem no domicílio, os programas de saúde, os focos da prática de enfermagem, os enunciados diagnósticos do domínio da *Aprendizagem Cognitiva*, os enunciados diagnósticos do domínio da *Aprendizagem de Capacidades* e as intervenções de enfermagem com o tipo de ação *Informar*, *Ensinar*, *Instruir* e *Treinar*. As tabelas onde se apresenta a descrição e a operacionalização de todas as variáveis em estudo encontram-se nos Anexos IV-XV.

5.4.2. Procedimentos de colheita de dados

A colheita dos dados que dizem respeito às variáveis do idoso dependente, do FC, do contexto da prestação de cuidados informais e da satisfação com os cuidados de enfermagem, foi realizada pelo autor do estudo no domicílio de cada um dos elementos da amostra, entre o dia 08/08/2011 e 01/10/2011.

Como estratégia de recolha da informação foi elaborado um questionário composto por 26 perguntas de resposta fechada (Anexo XVI) que, para além de questões de cariz sócio-demográfica dirigidas ao idoso e ao FC, incluía um conjunto de outros instrumentos: a *Escala de Rankin* (ER), o Índice de Barthel (IB) e o *Frenchay Activities Index-Versão Adaptada* (FAI-VA). Para além destes instrumentos, o questionário incluiu também questões sobre o contexto da prestação de cuidados informais e sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem recorrendo aos indicadores *EUROPEP*. Para além destes materiais, recorreu-se também à informação clínica contida nos planos de cuidados de enfermagem em formato eletrónico disponíveis a partir do aplicativo clínico SAPE®.

5.4.2.1 Instrumentos de recolha de dados

Escala de Rankin (ER)

Para a determinação do grau de incapacidade na realização das AVD utilizou-se a ER ⁽⁶⁰⁾, composta por seis graus crescentes de incapacidade numerados de 1 a 6 em que: 1) sem sintomas; 2) alguns sintomas que não afetam o dia-a-dia; 3) algumas limitações no dia-a-dia, mas independente; 4) parcialmente dependente, necessita de pequena ajuda nas AVD's; 5) dependente, necessita de muita ajuda nas AVD's; 6) totalmente dependente, precisa sempre de alguém. A ER é uma escala mista que avalia a deficiência, a incapacidade e as desvantagens sociais associadas, ou seja, avalia o efeito das doenças ou incapacidades no grau de autonomia do indivíduo ⁽⁶¹⁾. Pontuações mais elevadas são indicativas de maior *handicap*. A simplicidade desta escala faz com que seja utilizada na seleção de subgrupos de participantes a estudar ⁽⁶²⁾.

Índice de Barthel (IB)

Para a determinação da independência na realização das ABVD utilizou-se o IB, instrumento prevê duas, três ou quatro hipóteses de resposta pontuadas em grau decrescente de dependência, com *score* 0, 5, 10 ou 15 em cada um dos dez itens: higiene pessoal; tomar banho; vestir-se; alimentar-se; levantar-se da cama ou da cadeira; subir e descer escadas; andar ou deslocar-se; controlo da função intestinal; controlo da função urinária; ir à casa de banho. O IB ⁽⁶³⁾ é um instrumento amplamente utilizado na avaliação e seguimento clínico de indivíduos afetados por doenças incapacitantes ⁽⁶⁴⁻⁶⁸⁾. É um índice em que o valor 100 - a pontuação máxima possível - indica total autonomia nas ABVD enunciadas, tendo mais interesse o resultado dos itens individualmente do que o *score* final. Contudo, o *score* final do IB é interpretado de acordo com as seguintes categorias: <20 pontos-totalmente dependente; 20-35 pontos-severamente dependente; 40-55 pontos-moderadamente dependente; 60-90 pontos-ligeiramente dependente; 90-100 pontos-independente. O estudo das propriedades psicométricas deste instrumento revelam que é de natureza unidimensional (todos os itens apresentam uma carga fatorial >0,71), com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach=0,96), mostrando uma correlação inversa do *score* total com a idade estatisticamente significativa, e que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas de uma forma objetiva nos serviços de saúde e no contexto comunitário ⁽⁶⁹⁾. No presente estudo o valor de alfa de Cronbach do IB foi de 0,92 e portanto indicativo de uma boa consistência interna.

Frenchay Activities Index (Versão Adaptada)

Na determinação da independência na realização das AIVD utilizou-se uma versão adaptada ^(68, 70) de uma escala original, a FAI ⁽⁷¹⁾, destinada a avaliar a capacidade funcional para executar um conjunto de atividades domésticas, recreativas, sociais e laborais essenciais à vida, e que permite medir o efeito da incapacidade no estilo de vida dos indivíduos ^(64, 66-68, 72). O instrumento integra 15 itens relativos a AIVD, como governar a casa, trabalhar, jardinar, fazer compras perto de casa, divertir-se/fazer passatempos, viajar, fazer trabalhos domésticos ligeiros e pesados, ler, cozinhar, lavar a roupa, lavar a louça, sair, andar fora de casa e visitar amigos. Em 5 itens são avaliadas as frequências com que o indivíduo executou as AIVD nos últimos 6 meses (sair, viajar de carro, governar a casa, ler livros e trabalhar), sendo que nos restantes itens se avalia a frequência que o indivíduo

executou essas AIVD nos últimos 3 meses. A pontuação final da escala varia entre 15 e 60, correspondendo valores mais elevados a maior autonomia e capacidade. Este instrumento foi anteriormente traduzido e adaptado para uma amostra de doentes portugueses com antecedentes de AVC e com baixa escolaridade ⁽⁴⁰⁾ a partir da escala original em língua inglesa ⁽⁷³⁾, sobretudo pelo facto da versão original avaliar a frequência com que os indivíduos executavam as AIVD e não a incapacidade, o que não permitia saber se a ausência da atividade era consequência das limitações funcionais dos indivíduos ou se já antes essas atividades não faziam parte dos seus hábitos de vida ⁽⁶⁸⁾. No presente estudo o valor de alfa de Cronbach do FAI-VA foi de 0,91 e portanto indicativo de uma boa consistência interna.

Indicadores de satisfação EUROPEP

De forma a medir a satisfação dos utilizadores da USF face a determinadas dimensões dos cuidados de enfermagem, propusemo-nos a um sistema de avaliação que tem sido utilizado no contexto dos cuidados de saúde primários na Europa e em Portugal ⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾, que tem na sua génese os princípios de que a avaliação da qualidade é expressa em termos da satisfação que os utilizadores demonstram ou não face aos cuidados prestados. A metodologia EUROPEP pressupõe uma visão de melhoria contínua de qualidade e pode servir, inclusivamente, para propôr um conjunto de intervenções para as unidades funcionais, tendo em conta os resultados obtidos e face às metas de qualidade contratualizadas. São os indicadores mais significativos sempre que os utilizadores avaliam a qualidade dos cuidados primários.

Embora tenham sido construídos para avaliar aspetos sobretudo médicos, têm sido utilizados por várias categorias profissionais que desempenham atividade no contexto dos cuidados de saúde primários. Os indicadores EUROPEP dividem-se em 5 dimensões: a) *relação e comunicação* (tempo para cuidar, humanidade, envolvimento dos doentes, confidencialidade do processo); b) *cuidados médicos* (efectividade, competência/precisão); c) *informação e apoio* (tipo de informação, aconselhamento); d) *continuidade e cooperação* (entre prestadores de cuidados de saúde); e) *organização dos serviços* (acessibilidade e espera, apoio em geral) ⁽⁷⁴⁾. No nosso estudo procedemos a uma ligeira adaptação no indicador relativo a *cuidados médicos*, onde passou a constar *cuidados de enfermagem (vertente clínica)*, tendo-se mantido os restantes.

Informação contida nos planos de cuidados de enfermagem

A recolha de dados relativos às variáveis contidas na documentação dos cuidados de enfermagem (contatos de enfermagem no domicílio, programas de saúde, focos da prática, enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem), realizou-se nas instalações da USF que acolheu o estudo, durante os meses de Agosto e Setembro, através do recurso a um computador aí instalado. Para a extração dos dados contidos nos planos de cuidados de enfermagem dos elementos da amostra, iniciou-se sessão autenticada no SAPE® e a partir do menu inicial percorreram-se os passos abaixo descritos. O plano de cuidados relativo a cada elemento da amostra foi descarregado para um ficheiro do tipo *portable document format* (.pdf).

Utente>Pesquisar Utente>Procurar>Listagens>Utente>Histórico do Utente no período de 2009/01/01 a 2011/07/31>Imprimir

5.5 Tratamento estatístico dos dados

Utilizou-se para o tratamento estatístico dos dados o aplicativo *Statistic Package for Social Sciences® versão 19*, desenvolvido para ambiente *Macintosh* (SPSS®-19.0 for Mac) e recorreu-se a medidas de estatística descritiva para variáveis discretas e contínuas, nomeadamente as medidas de localização (tendência central), assimetria e curtose.

Para a análise da relação entre variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis contínuas e o coeficiente de correlação de Spearman para variáveis discretas. Para a análise da normalidade da amostra foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, quer na amostra total quer para cada sexo separadamente. Para a comparação de médias entre duas amostras independentes utilizou-se o teste t-Student. Recorreu-se ao teste do Qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis nominais. Um dos pressupostos para a utilização deste teste é que cada célula não apresente frequências esperadas inferiores a 1 e que mais de 20% tenham frequências esperadas inferiores a 5⁽¹⁶⁴⁾. Foi considerado como estatisticamente significativo um valor-p <0,05.

5.6. Considerações éticas

Uma vez que o estudo foi implementado numa unidade funcional de saúde inserida numa hierarquia organizacional conhecida, e no respeito pelo *Documento Guia Sobre a Análise de Projetos de Investigação Clínica Por Uma Comissão de Ética Para a Saúde*^{xxiv}, foi previamente preparado um processo documental para autorização de investigação clínica. O processo documental recebeu parecer positivo por parte da Comissão de Ética Para a Saúde da ARSN, através do Parecer nº 68/2011 de 15 de Julho. Após, foram formalmente apresentados pedidos de autorização aos responsáveis hierárquicos implicados, nomeadamente ao Presidente da ARSN, IP (Anexo I), ao Diretor Executivo do ACES Porto Ocidental (Anexo II) e ao Coordenador da USF Serpa Pinto (Anexo III), os quais foram deferidos durante o mês de Julho de 2011.

O estudo desenvolveu-se orientado pelo respeito absoluto da liberdade dos indivíduos em decidir de forma informada participar ou não na investigação, pelo que os participantes foram previamente esclarecidos sobre os seus propósitos e, caso fosse sua intenção, convidados a assinar uma declaração de consentimento informado em duplicado (uma via para o autor e uma via para o participante). Foram utilizadas três versões de consentimento informado, uma para o idoso portador de dependência capaz de decidir, outra para o representante do idoso portador de dependência incapaz de decidir e uma terceira para o cuidador informal, cujos teores obedeceram aos mesmos princípios.

De maneira a assegurar a confidencialidade e o anonimato dos participantes em toda a fase de colheita de dados, foi atribuído a cada um dos questionários utilizados na visita domiciliária um código numérico com 3 dígitos, sem qualquer relação com elementos da sua identificação pessoal, do seu representante ou do FC. No que respeita ao princípio da proteção dos dados clínicos dos participantes, sublinha-se o facto dos planos de cuidados em formato eletrónico não terem sido impressos mas sim descarregados para uma pasta guardada no ambiente de trabalho do computador onde se efetuou a colheita dos dados (com nº de IP pertencente à USF e ligado à RIS, ou seja, não se tratava de um computador pessoal). Este procedimento assegurou que não se geravam cópias físicas do material em

^{xxiv} O texto que deu origem a este documento foi debatido no “Seminário sobre Investigação Clínica e o Papel das Comissões de Ética Para a Saúde” organizado em 29/09/2010 pelas Comissões de Ética para a Saúde da região norte e destina-se a ser um documento de orientação, sem carácter vinculativo.

estudo, tendo sido digitado no nome de cada ficheiro o mesmo código numérico atribuído ao questionário. No mesmo sentido, a extração da informação contida nos planos de cuidados foi realizada nas instalações da USF e copiada para uma matriz de dados de acordo com o código atribuído a cada elemento amostral, preservando as variáveis de interesse, tendo sido eliminada do sistema a pasta com os ficheiros em causa, no final do processo.

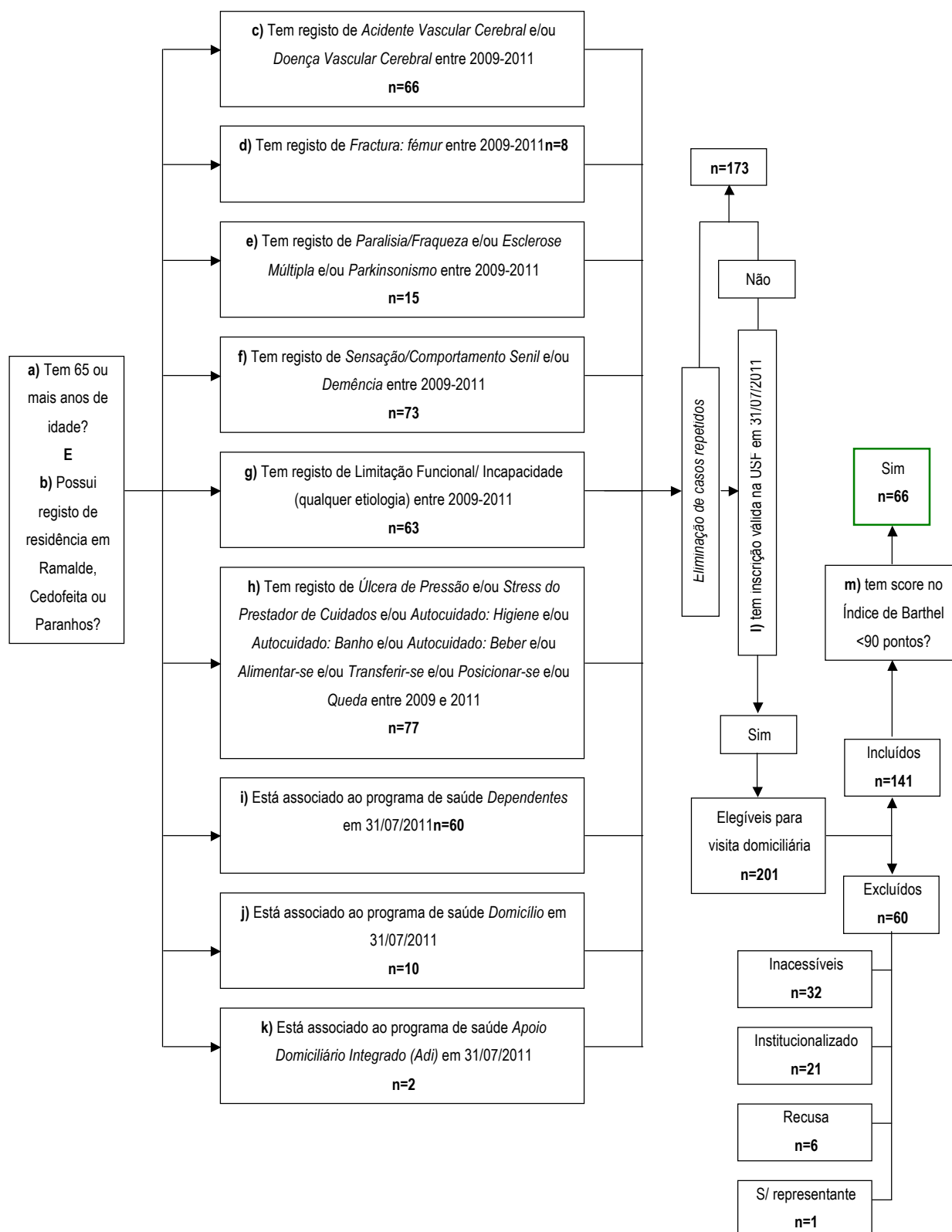
6. Resultados

6.1. População e amostra

Obtiveram-se 201 elementos que cumpriram os critérios de inclusão do *a)* ao *l)*, após eliminação dos casos repetidos entre cada um dos grupos definidos nos critérios do *c)* ao *k)* (ver cap. "5. Métodos, 5.3. População e amostra"), pelo que esses elementos foram considerados elegíveis para receber visita domiciliária. Após a realização da visita domiciliária excluíram-se 60(29,9%), de acordo com o seguinte: 32(15,9%) encontravam-se inacessíveis ao investigador (óbito, mudança de residência, insucesso na visita domiciliária após três tentativas em três dias diferentes, úteis ou não úteis); 21(10%) encontravam-se institucionalizados em lares/residências para idosos, centros de dia ou unidades de internamento hospitalar; 6(3%) recusaram participar no estudo e 1(0,5%) não apresentava capacidade para autonomamente dar consentimento informado e não possuía à data representante com idade ≥ 18 anos.

Aos restantes 141(70,1%) elementos, foi aplicado o critério *m)*, sendo que 75(37,3%) foram excluídos por apresentar score final ≥ 90 pontos no Índice de Barthel e 66(32,8%) foram incluídos por apresentar score final de < 90 no mesmo instrumento. No final deste processo, obtiveram-se 66 elementos com ≥ 65 anos de idade, de ambos os sexos, inscritos na USF e portadores de graus variáveis de dependência na realização das ABVD (figura 7).

Figura 7 - Sequência de passos adotados na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, com resultados.



6.2. Caracterização sócio-demográfica dos idosos dependentes

A amostra foi constituída por 66 elementos, 39(59,1%) do sexo feminino e 27(40,9%) do sexo masculino. De acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,200$), a amostra segue uma distribuição normal no que se refere à variável "idade", quer quando consideramos o total, quer quando agrupamos por sexo.

De acordo com a idade, obteve-se um mínimo de 67 anos de idade e um máximo de 99 anos ($M=82,42\pm7,62$), e de acordo com a distribuição por grupos etários, 2(3%) têm entre 65 a 69 anos, 10(15,2%) têm entre 70 a 74 anos, 12(18,2%) têm entre 75 a 79 anos, 14(21,2%) têm entre 80 a 84 anos, 15(22,7%) têm entre 85 a 89 anos e 19,7%(13) têm 90 ou mais anos de idade. Não se registaram diferenças estatísticas quanto à idade entre homens e mulheres. No que respeita à freguesia de residência, 37(56,1%) dos indivíduos reside em Ramalde, 21(31,8%) reside em Cedofeita, e 8(12,1%) reside em Paranhos. O estado civil apresenta a seguinte distribuição: 34(51,5%) dos indivíduos são casados, 23(34,8%) são viúvos, 6(9,1%) são solteiros, e 3(4,5%) são divorciados (todos participantes femininos), havendo diferenças estatisticamente significativas na distribuição ($X^2=13,150$; $gl=3$; $p=0,004$)

Em relação à escolaridade dos idosos, obteve-se um mínimo de 0 e um máximo de 17 anos ($M=4,94\pm4,3$), sendo que 14(21,5%) deles são analfabetos, 32(47,7%) completaram entre 1 a 4 anos, 8(12,3%) completaram entre 5 a 9 anos, e 12(18,5%) completaram 10 ou mais anos. Na categoria "0 anos", a proporção de mulheres (93%) foi superior à dos homens (7%), o que não acontece nas restantes categorias onde a proporção de homens e mulheres é igual entre si. Verificou-se um comportamento diferenciado desta variável em relação ao sexo, possuindo os homens mais anos de escolaridade do que as mulheres [$t(63)=2,23$; $p=0,029$].

Na amostra, 56(84,9%) dos idosos contam com a ajuda de um familiar para a realização das AVD, dos quais 24(88,9%) eram homens e 32(82,1%) eram mulheres. No entanto, o papel de FC é desempenhado apenas por 54 indivíduos, o que decorre do facto de existirem dois FC a cuidar de mais do que um idoso incluído na amostra.

Tabela 2 – Frequências absolutas e relativas das variáveis idade, freguesia de residência, estado civil, escolaridade e presença de FC por sexo e no total da amostra.

Variáveis		Homens (n=27)		Mulheres (n=39)		Total (n=66)	
		N	%	N	%	n	%
Idade	65-69 anos	1	3,70	1	2,56	2	3,03
	70-74 anos	3	11,11	7	17,95	10	15,15
	75-79 anos	6	22,22	6	15,38	12	18,18
	80-84 anos	8	29,63	6	15,38	14	21,21
	85-89 anos	6	22,22	9	23,08	15	22,73
	≥90 anos	3	11,11	10	25,64	13	19,70
	Min-Máx Média e DP	67-99 82,42±7,62					
Freguesia	Ramalde	12	44,44	25	64,10	37	56,06
	Cedofeita	11	40,74	10	25,64	21	31,82
	Paranhos	4	14,81	4	10,26	8	12,12
Estado civil	Solteiro	1	3,70	5	12,82	6	9,09
	Casado	21	77,78	13	33,33	34	51,52
	Divorciado	0	0,00	3	7,69	3	4,55
	Viúvo	5	18,52	18	46,15	23	34,85
Escolaridade	0 anos	1	3,10	13	33,33	14	21,21
	1-4 anos	16	59,26	16	41,03	32	48,48
	5-9 anos	4	14,81	4	10,26	8	12,12
	≥10 anos	6	22,22	6	15,38	12	18,18
	Min-Máx	0-17					
	Média e DP	4,94±4,3					
FC	Sim	24	88,89	32	82,05	56	84,85
	Não	3	11,11	7	17,95	10	15,15

Relativamente às características sócio-demográficas dos FC, 46(82,1%) são do sexo feminino e 10(17,9%) são do sexo masculino e a idade varia entre os 38 e os 89 anos ($M=65,89\pm13,20$). De acordo com os grupos etários definidos, 26(46,4%) têm 38-64 anos, 26(46,4%) têm 65-84 anos e 4(7,1%) têm mais de 85 anos. No que respeita ao estado civil, 38(67,9%) são casados, 9(16,1%) são solteiros, 7(12,5%) são divorciados e 8(23,6%) são viúvos, sendo que 49(74,2%) dos FC se encontram inscritos na USF.

A escolaridade dos FC variou entre um mínimo de 0 e um máximo de 22 anos ($M=7,30\pm5,10$), sendo que 3(5,4%) deles não frequentaram a escola, 24(42,9%) completaram entre 1 a 4 anos, 12(21,4%) completaram entre 5 a 9 anos, e 17(30,4%) possuem mais de 10 anos completos de escolaridade. Do ponto de vista da situação do FC face ao trabalho, destaca-se o facto de 46(82,1%) se encontrarem não ativos à data do estudo, 10(17,9%) por desemprego e 36(64,3%) por aposentação.

Em relação ao parentesco, verificou-se a presença de laços familiares entre o FC e o idoso dependente em 50(89,3%) casos, sendo que o FC é casado com o idoso em 26(46,4%) dos casos. Verifica-se também que os homens que assumem o papel de FC são unicamente

cônjuges ou filhos, sendo as restantes categorias ocupadas apenas por FC do sexo feminino e obtendo pouca expressão (irmã, nora e sobrinha). Contudo, não existe qualquer relação de parentesco em 6(10,7%) casos.

Em relação à local de residência dos FC, 28(50,0%) residem em Ramalde, 19(33,9%) em Cedofeita e apenas 8(14,3%) na freguesia de Paranhos e, de acordo com o regime de coabitação com o idoso, 50(89,6%) dos cuidadores fazem-no de forma permanente e 3(5,4%) de forma esporádica. Por outro lado, em 3(5,4%) casos não se verifica qualquer tipo de coabitação.

A duração do papel de FC, definido como o tempo que decorreu entre o mês em que iniciou a prestação de cuidados informais ao idoso dependente e o dia 31/07/2011, variou entre um mínimo de 3 meses e um máximo de 204 meses ($M=63,84\pm52,42$), o que se distribuiu por três categorias: 8(12,1%) cuidam do idoso há menos de 12 meses, 28(42,4%) prestam cuidados por um período de tempo que varia entre 12 e 60 meses (1-5 anos), 11(16,7%) encontram-se a cuidar por um período compreendido entre 60 e 120 meses (5-10 anos) e 9(13,6%) cuidam do idoso há mais de 120 meses (≥ 10 anos). Independentemente do tempo no desempenho do papel de FC, temos 8(14,3%) destes elementos a prestar cuidados a outros idosos dependentes para além dos que foram incluídos na amostra.

A tabela 3 disponibiliza a informação relativa aos resultados obtidos com as variáveis relativas ao FC.

Tabela 3 – Frequências absolutas e relativas das variáveis relativas ao FC - idade, inscrição na USF, freguesia de residência, estado civil, escolaridade, situação laboral, parentesco, coabitação, duração do desempenho do papel e presença de outros indivíduos dependentes aos seus cuidados - no total e por sexo.

Variáveis		Homens (n=24)		Mulheres (n=32)		Total (n=56)	
		N	%	N	%	N	%
Sexo do FC	Masculino	1	4,17	9	28,13	10	17,86
	Feminino	23	95,83	23	71,88	46	82,14
Idade do FC	38-64 anos	7	29,17	19	59,38	26	46,43
	65-84 anos	14	58,33	12	37,50	26	46,43
	≥85 anos	3	12,50	1	3,13	4	7,14
	Min-Máx Média e DP	38-89 65,89±13,20					
Estado civil do FC	Solteiro	3	12,50	6	18,75	9	16,07
	Casado	21	87,50	17	53,13	38	67,86
	Divorciado	0	0,00	7	21,88	7	12,50
	Viúvo	0	0,00	2	6,25	2	3,57
inscrito na USF	Sim	24	100	25	78,13	49	87,5
	Não	0	0,00	7	21,86	7	12,50
Escolaridade do FC	0 anos	2	8,33	1	3,13	3	5,36
	1-4 anos	11	45,83	13	40,63	24	42,86
	5-9 anos	5	20,83	7	21,88	12	21,43
	≥10 anos	6	25,00	11	34,38	17	30,36
	Min-Máx Média e DP	0-22 7,30±5,10					
Freguesia do FC	Ramalde	9	37,5	19	59,38	28	50,00
	Cedofeita	12	50,00	7	21,88	19	33,93
	Paranhos	3	12,50	5	15,63	8	14,29
	Outras	0	0,00	1	3,13	1	1,79
Coabitação com o idoso	Permanente	24	100	26	81,25	50	89,29
	Esporádica	0	0	3	9,38	3	5,36
	Nenhuma	0	0	3	9,38	3	5,36
Situação laboral do FC	Ativo	2	8,33	8	25,00	10	17,86
	Desempregado	4	16,67	6	18,75	10	17,86
	Aposentado	18	75,00	18	56,25	36	64,29
Parentesco do FC com o idoso	Cônjuge	18	75,00	8	25,00	26	46,43
	Filho(a)	4	16,67	13	40,63	17	30,36
	Irmão(ã)	1	4,17	3	9,38	4	7,14
	Genro/Nora	0	0,00	2	6,25	2	3,57
	Sobrinho(a)	1	4,17	0	0,00	1	1,79
	Nenhum	0	0,00	6	18,75	6	10,71
Duração do papel de FC	<12 meses	6	25,00	2	6,25	8	14,29
	12-60 meses	10	41,67	18	56,25	28	50,00
	60-120 meses	6	25,00	5	15,63	11	19,64
	>120 meses	2	8,33	7	21,88	9	16,07
	Min-Máx Média e DP	3-204 63,84±52,42					
Outros idosos dependentes	Sim	1	4,17	7	21,88	8	14,29
	Não	23	95,83	25	78,13	48	85,71

6.3. Caracterização da incapacidade e da dependência funcional dos idosos

Relativamente à independência na realização das ABVD e das AIVD, os idosos dependentes apresentaram graus de incapacidade de acordo com a ER que variaram entre um mínimo de 3 e um máximo de 6 ($M=5,24\pm0,79$), sendo o grau 6 - "totalmente dependente e precisa sempre de alguém" o que aparece mais representado, com 29(43,9%) dos idosos da amostra. Verifica-se um aumento no número de elementos da amostra à medida que aumenta o grau de incapacidade, na ER (tabela 4).

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas da variável "incapacidade" no total e por sexo, medida através da ER (Grau 3 - incapacidade ligeira; grau 4 - incapacidade moderada; grau 5 - incapacidade moderadamente grave; grau 6 - dependente).

Variáveis		Homens (n=27)		Mulheres (n=39)		Total (n=66)	
		N	%	N	%	N	%
Incapacidade (Escala de Rankin)	Grau 3	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Grau 4	6	22,22	5	12,82	11	16,67
	Grau 5	8	29,63	17	43,59	25	37,88
	Grau 6	13	48,15	16	41,02	29	43,94

No que se refere aos resultados obtidos com o IB, o score final variou entre um mínimo de 0 e um máximo de 85 ($M=34,55\pm31,38$), sendo 29(43,9%) considerados "totalmente dependentes" (score <20 pontos), e 6(9,1%) são considerados "severamente dependentes" (score 20-35 pontos). Dado que os elementos que apresentavam "nenhuma dependência" no IB foram excluídos do estudo, a categoria que corresponde a um estado de maior independência ("ligeiramente dependentes", score 60-90 pontos), apresenta com uma frequência de 16(24,2%) idosos.

Os resultados quer do score final quer cada um dos itens do IB (tabela 5) mostra-nos que a ABVD onde se verificam os menores níveis de independência (proporção de indivíduos com score=0) são o "tomar banho" com 64(97%) dos idosos, logo seguido da "higiene pessoal" com 49(74,2%) dos idosos e do "vestir-se", representado com 47(71,2%). A ABVD que corresponde ao item "alimentar-se" é a que apresenta menor proporção de idosos com score=0 [27(40,9%)] e consequentemente a que possui maior número de indivíduos na categoria que corresponde a maior independência, a qual aparece representada com 32(48,5%) idosos (de notar que de acordo com o instrumento nem todos os itens

apresentam o mesmo número de categorias de independência, as quais podem variar entre 2-4 categorias em cada uma das ABVD).

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas da variável “independência nas ABVD” no total e por sexo, medida através do IB.

Variáveis			Homens (n=27)		Mulheres (n=39)		Total (n=66)	
			N	%	N	%	N	%
Dependência nas ABVD (Índice de Barthel)	Higiene pessoal	0	22	81,48	27	69,23	49	74,24
		5	5	18,52	12	30,77	17	25,76
	Tomar banho	0	27	100	37	94,87	64	96,97
		5	0	0,00	2	5,13	2	3,03
	Vestir-se	0	21	77,78	26	66,67	47	71,21
		5	5	18,52	9	23,08	14	21,21
		10	1	3,70	4	10,26	5	7,58
	Alimentar-se	0	10	37,04	17	43,59	27	40,91
		5	4	14,82	3	7,69	7	10,61
		10	13	48,15	19	48,72	32	48,48
	Levantar-se	0	10	37,04	13	33,33	23	34,85
		5	8	29,63	15	38,46	23	34,85
		10	3	11,11	6	15,38	9	13,64
		15	6	22,22	5	12,82	11	16,67
	Subir/descer escadas	0	16	59,26	24	61,54	40	60,61
		5	9	33,33	10	25,64	19	28,79
		10	2	7,41	5	12,82	7	10,61
	Andar/deslocar-se	0	11	40,74	18	46,15	21	31,82
		5	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		10	10	37,04	11	28,21	21	31,82
		15	6	22,22	9	23,08	15	22,73
	Função intestinal	0	11	40,74	15	38,46	26	39,39
		5	7	25,93	6	15,38	13	19,70
		10	9	33,33	18	46,15	27	40,91
	Função urinária	0	15	55,56	18	46,15	33	50,00
		5	4	14,82	8	20,51	12	18,18
		10	8	29,63	13	33,33	21	31,82
	Ir à casa de banho	0	19	70,37	24	61,54	43	65,15
		5	3	11,11	9	23,08	12	18,18
		10	5	18,52	6	15,38	11	16,67
	Score final	<20	13	48,15	16	41,02	29	43,94
		20-35	2	7,41	4	10,26	6	9,09
		40-55	6	22,22	9	23,08	15	22,73
		60-90	6	22,22	10	25,64	16	24,24

Em relação aos resultados obtidos nos quinze itens da FAI-VA (tabela 6), os quais traduzem as AIVD, obteve-se com um score mínimo de 15 e um máximo de 37 ($M=17,77 \pm 5,15$).

Tabela 6 - Frequências absolutas e relativas da variável “independência nas AIVD” no total e por sexo, medida através do FAI-VA.

Variáveis			Homens (n=27)		Mulheres (n=39)		Total (n=66)	
			N	%	N	%	N	%
Dependência nas AIVD (Frenchay Activities Index-Versão Adaptada)	Governar a casa	1	23	85,19	33	84,62	56	84,85
		2	2	7,41	4	10,26	6	9,09
		3	2	7,41	1	2,56	3	4,55
		4	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Trabalhar	1	27	100	39	100	66	100
		2	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Jardinar	1	24	88,89	34	87,18	58	87,88
		2	1	3,70	3	7,69	4	6,06
		3	2	7,41	2	5,13	4	6,06
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Ir às compras	1	25	92,59	37	94,87	62	93,94
		2	2	7,41	1	2,56	3	4,55
		3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		4	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Divertir/ passar o tempo	1	20	74,07	34	87,18	54	81,82
		2	2	7,41	2	5,13	4	6,06
		3	3	11,11	1	2,56	4	6,06
		4	2	7,41	2	5,13	4	6,06
	Viajar de autocarro	1	22	81,48	35	89,74	57	86,36
		2	2	7,41	3	7,69	5	7,58
		3	3	11,11	1	2,56	4	6,06
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Trabalhos domésticos pesados	1	27	100	39	100	66	100
		2	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Ler livros	1	21	77,78	28	71,79	49	74,24
		2	1	3,70	4	10,26	5	7,58
		3	1	3,70	4	10,26	5	7,58
		4	4	14,82	3	7,69	7	10,61
	Cozinhar refeições ligeiras	1	24	88,89	35	89,74	59	89,39
		2	3	11,11	2	5,13	5	7,58
		3	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		4	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Lavar a roupa	1	25	92,59	36	92,31	61	92,42
		2	2	7,41	2	5,13	4	6,06
		3	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Lavar a louça	1	24	88,89	35	89,74	59	89,39
		2	3	11,11	2	5,13	5	7,58
		3	0	0,00	2	5,13	2	3,03
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Fazer viagens distantes	1	25	92,59	34	87,18	59	89,39
		2	1	3,70	3	7,69	4	6,06
		3	1	3,70	2	5,13	3	4,55
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Trabalhos domésticos ligeiros	1	24	88,89	37	94,87	61	92,42
		2	3	11,11	2	5,13	5	7,58
		3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Andar fora de casa >15 min	1	19	70,37	30	76,92	49	74,24
		2	3	11,11	6	15,38	9	13,64
		3	4	14,82	3	7,69	7	10,61
		4	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Visitar amigos	1	22	81,48	34	87,18	56	84,85
		2	5	18,52	5	12,82	10	15,15
		3	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		4	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Verificámos que os participantes apresentam grandes limitações nas AIVD. Nenhum dos idosos tem capacidade para "trabalhar" e "fazer trabalhos domésticos pesados" e a grande maioria apresenta incapacidade total no item "ir às compras" [62(93,9%)], "cozinhar refeições ligeiras" e "lavar a louça", ambos com 61(92,4%). Por outro lado, o item onde os resultados denunciam menores níveis de incapacidade é o "divertir/fazer passatempos", em que 4(6,1%) idosos obtiveram score 4 (nenhuma incapacidade), sendo o item em que este score aparece mais representado. Verifica-se uma correlação altamente significativa entre as limitações para as ABVD e as AIVD, avaliadas com o IB e a FAI-VA, respetivamente ($r=0,67$; $p=0,0001$), levando-nos a concluir que as pessoas que têm limitações nas AIVD também as terão nas ABVD.

As variáveis relativas ao contexto da prestação de cuidados dizem respeito às tipologias de cuidados prestados pelos FC ao idoso (antecipatórios, preventivos, instrumentais, protetores) assim como o tipo de apoio que o FC recebe para cuidar (apoio de profissionais/instituições, apoio não profissional por parte de familiares, amigos, vizinhos ou outros). Como se pode ver na tabela 7, a totalidade dos idosos que possuem FC (56), recebe cuidados de carácter antecipatório, 9%(52) dos idosos dependentes. Em relação ao apoio que o FC recebe para cuidar, é de natureza profissional em 36(64,3%) casos e de natureza não profissional em 39(69,6%) casos. Para além disso, 26(46,4%) dos FC recebe ambos os tipos de apoio e 7(12,5%) não recebe qualquer tipo de apoio.

Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas das variáveis "tipologia de cuidados" e "apoio para cuidar", no total e por sexo. Dado que a variável "tipologia de cuidados" não é dicotómica, o mesmo elemento amostral pode encontrar-se em mais do que uma das categorias existentes, o que explica que o total seja superior a 56(100%).

Variáveis		Homens (n=24)		Mulheres (n= 34)		Total (n=56)	
		N	%	N	%	n	%
Tipologia de cuidados	Antecipatórios	24	100	34	100	56	100
	Preventivos	24	100	34	100	56	100
	Instrumentais	21	87,50	31	96,88	52	92,87
	Protetores	24	100	34	100	56	100
Apoio para cuidar	Apenas apoio profissional	6	25,00	4	12,5	10	17,86
	Apenas apoio não profissional	2	8,33	11	34,38	13	23,21
	Ambos	12	50,00	14	43,75	26	46,43
	Nenhum	4	16,67	3	9,38	7	12,50

6.4. Caracterização da satisfação dos idosos e dos FC com os cuidados de enfermagem

As variáveis que medem a satisfação dos idosos ou dos FC com os cuidados de enfermagem estão organizadas em cinco categorias: (1) satisfação com a relação e a comunicação; (2) satisfação com os cuidados de enfermagem na vertente clínica; (3) satisfação com a informação e o apoio; (4) satisfação com a continuidade e cooperação; (5) satisfação com a organização dos serviços. Os resultados obtidos mostram que foi possível obter informação sobre a satisfação em 31(47%) casos, sendo que nos restantes 35(53%) casos não se obteve a opinião do idoso ou do FC sobre a esta variável.

De acordo com cada uma das cinco categorias definidas, podemos ver que aquelas onde se verificam maiores índices de satisfação são as que dizem respeito aos "cuidados de enfermagem (vertente clínica)" e à "informação e apoio", em que se verifica que 31(100%) dos indivíduos se avaliavam em "muito satisfeitos". Em ambas as categorias "relação e comunicação" e "continuidade e cooperação", verificaram-se 30(96,8%) casos em que o respondente estava "muito satisfeito" e somente um deles (3,2%) estava "bastante satisfeito". No entanto, a categoria onde se verificam menores índices de satisfação é a que diz respeito à "organização dos serviços" onde se verificam os únicos casos de respondentes que se avaliavam em "pouco satisfeitos" (2(6,5%)), sendo que 3(9,7%) estavam "bastante satisfeitos", e os restantes 26(83,9%) "muito satisfeitos" (tabela 8). Não se registou correlação estatística entre a idade, escolaridade e independência nas ABVD e AIVD com os níveis de satisfação.

Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas da variável “satisfação com os cuidados de enfermagem” por sexo e no total.

Variáveis			Homens (n=14)		Mulheres (n=17)		Total (n=31)	
			N	%	N	%	N	%
Satisfação com os cuidados de enfermagem	Relação e comunicação	Muito satisfeito	13	92,86	17	100	30	96,77
		Bastante satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Pouco satisfeito	1	7,14	0	0,00	1	3,23
		Nada satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Cuidados de enfermagem (vertente clínica)	Muito satisfeito	14	100	17	100	31	100
		Bastante satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Pouco satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Nada satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Informação e apoio	Muito satisfeito	14	100	17	100	31	100
		Bastante satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0
		Pouco satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0
		Nada satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0
	Continuidade e cooperação	Muito satisfeito	13	92,86	17	100	30	96,77
		Bastante satisfeito	1	7,14	0	0,00	1	3,23
		Pouco satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Nada satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Organização dos serviços	Muito satisfeito	10	71,43	16	94,12	26	83,87
		Bastante satisfeito	3	21,43	0	0,00	3	9,68
		Pouco satisfeito	1	7,14	1	5,88	2	6,45
		Nada satisfeito	0	0,00	0	0,00	0	0,00

6.5. Caracterização das variáveis clínicas dos planos de cuidados de enfermagem

6.5.1. Contatos de enfermagem no domicílio

Durante o período compreendido entre 01/01/2009 e 31/07/2011 (31 meses completos), foram realizados, no total, 1989 contatos de enfermagem no domicílio ($M=36,83 \pm 55,06$) aos 49 idosos dependentes. Há a referir que 17(25,8%) dos participantes não receberam qualquer contato de enfermagem neste período de tempo. De acordo com as categorias definidas, encontrou-se que em 14(21,2%) idosos foram realizados entre 1 a 9 contatos, em 15(22,7%) realizaram-se entre 10 a 19 contatos e 20(30,3%) dos idosos foram alvo de 20 ou mais contatos de enfermagem tendo como local de ocorrência o domicílio.

6.5.2. Programas de saúde

Tendo em conta os programas de saúde associados aos idosos da amostra, aquele que aparece mais representado é o programa "Saúde do Idoso", com 46(69,7%) dos indivíduos associados, seguido do programa "Dependentes", com 31(47,0%). Os programas com menor expressão são o "Grupo de Risco: Cardiovascular", "Apoio Domiciliário Integrado" e o programa "Ostomizados", todos eles associados apenas a 2(3,0%) dos idosos (tabela 9).

Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas das variáveis "contatos de enfermagem no domicílio" e "programas de saúde" no total e por sexo. Note-se que nesta última variável, cada elemento da amostra pode incluir-se em mais do que uma das categorias definidas, pelo que o total é necessariamente superior a 66 (100%).

Variáveis		Homens (n=27)		Mulheres (n= 39)		Total (n=66)	
		N	%	N	%	n	%
Contatos de enfermagem no domicílio	0	7	25,93	10	25,64	17	25,75
	1-9	6	22,22	8	20,51	14	16,06
	10-19	9	33,33	6	15,38	15	22,73
	≥20	5	18,52	15	38,46	20	30,30
	Min-Máx Média e DP	0-267 36,83±55,06					
Programas de Saúde	Saúde do Idoso	20	74,04	26	66,67	46	69,70
	Dependentes	14	51,85	17	43,59	31	46,97
	Grupo de Risco: Hipertensão	7	25,93	10	25,64	17	25,76
	Grupo de Risco: Diabetes	6	22,22	7	17,95	13	19,70
	Tratamento de Feridas/Úlceras	4	14,81	11	28,21	15	22,73
	Domicílio	1	3,70	3	7,69	4	6,06
	Grupo de Risco: Cardiovascular	1	3,70	1	2,56	2	3,03
	Apoio Domiciliário Integrado	0	0,00	2	5,13	2	3,03
	Ostomizados	2	7,41	0	0,00	2	3,03

6.5.3. Focos da prática de enfermagem

Os focos da prática de enfermagem subjacentes aos enunciados diagnósticos, durante o período em análise^{xxv}, encontram-se na tabela 11. Nesta tabela, os focos encontram-se por ordem decrescente da frequência com que aparecem documentados. Podemos ver que os mais frequentes são a *Adesão à Vacinação*, com 43(65,1%) ocorrências, a *Úlcera de Pressão*, com 13(19,7%) ocorrências e, com menos expressão, a *Gestão do Regime Terapêutico*, com 10(15,1%). De realçar que um elemento amostral pode ter no seu plano de cuidados mais do que um (1) foco documentado. Na tabela 10 apresenta-se a

^{xxv} Para efeitos desta análise, foram apenas considerados os focos que se encontravam ativos no momento da colheita de dados, ou seja, com data de início posterior a 01/01/2009 e sem data de termo.

distribuição dos casos pelos focos que mais frequentemente aparecem na documentação de enfermagem (até ao limite mínimo de três ocorrências).

Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas da variável “foco da prática de enfermagem”, no total e por sexo.

Foco da prática de enfermagem	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	n	%
Adesão à Vacinação	20	74,04	23	58,97	43	65,15
Úlcera de Pressão	7	25,93	6	15,38	13	19,70
Gestão do Regime Terapêutico	4	14,81	6	15,38	10	15,15
Hipertensão	4	14,81	5	12,82	9	13,64
Metabolismo	4	14,81	5	12,82	9	13,64
Autocontrolo: Incontinência Urinária	2	7,41	2	5,13	4	6,06
Expectorar	2	7,41	2	5,13	4	6,06
Ferida	0	0,00	4	10,26	4	6,06
Aceitação do Estado de Saúde	1	3,70	2	5,13	3	4,55
Autocontrolo: Continência Intestinal	2	7,41	1	2,56	3	4,55
Deambular	0	0,00	3	7,69	3	4,55
Posicionar-se	1	3,70	2	5,13	3	4,55
Úlcera	0	0,00	3	7,69	3	4,55

6.5.4. Enunciados dos diagnósticos

Em relação aos resultados obtidos ao nível dos enunciados dos diagnósticos, foi nosso propósito analisar apenas os que se reportavam à *Aprendizagem Cognitiva* e à *Aprendizagem de Capacidades* enquanto dimensões centrais dos cuidados de enfermagem, assumindo que na documentação cada um destes fenómenos tomou como *portador*^{xxvi}:

- a *persona* (no nosso caso, o idoso dependente);
- o *prestador de cuidados* (no nosso caso, o FC).

Ainda na documentação, o *juízo*^{xxvii} relativo àqueles dois fenómenos circunscreveu-se aos termos *demonstrado* e *não demonstrado*, de acordo com as seguintes possibilidades de construção dos enunciados:

- conhecimento *demonstrado* sobre (...);
- conhecimento *não demonstrado* sobre (...);
- aprendizagem de capacidades *demonstrada* sobre (...);

^{xxvi} Atender ao eixo H - Portador, da classificação dos fenómenos de enfermagem da CIPE β2®: entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de enfermagem⁽¹²⁾.

^{xxvii} Atender ao eixo B - Juízo, da classificação dos fenómenos de enfermagem da CIPE β2®: opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação do fenómeno de enfermagem⁽¹²⁾.

- aprendizagem de capacidades *não demonstrada* sobre (...).

De notar que cada enunciado do diagnóstico só foi contabilizado uma vez em cada elemento amostral. Nos casos em que se verificou mais do que um juízo clínico sobre o mesmo fenómeno, ao longo da documentação, foi extraído o mais recente, ou seja, aquele com a última data de início. Assim, os enunciados diagnósticos mais frequentes foram o *Conhecimento (da pessoa) sobre hábitos alimentares demonstrado* [6(9,09%)], o *Conhecimento (da pessoa) sobre hábitos de exercício demonstrado* [4(6,06%)], o *Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico demonstrado* [4(6,06%)] e o *Conhecimento (da pessoa) sobre regime medicamentoso demonstrado* [3(4,55%)].

Em todos os enunciados dos diagnósticos, o juízo clínico mais frequente é o que se refere à *demonstração* do fenómeno. Quando analisamos os resultados do ponto de vista do juízo clínico que se refere à *não demonstração* do fenómeno, podemos ver que os enunciados diagnósticos mais frequentes são *Conhecimento (da pessoa) sobre hábitos de exercício não demonstrado* e *Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções*, ambos com apenas 2(3,0%) ocorrências na amostra, como podemos ver na tabela 11 (no Anexo X encontram-se descritos todos os dados).

Tabela 11 - Frequências absolutas e relativas dos enunciados diagnósticos mais frequentes relativos à *aprendizagem cognitiva*, no total, por sexo e por portador.

Enunciado diagnóstico			Homens		Mulheres		Total	
			N	%	N	%	N	%
Conhecimento	da pessoa	sobre hábitos alimentares demonstrado	3	11,11	3	7,69	6	9,09
		sobre hábitos de exercício demonstrado	2	7,41	2	5,13	4	6,06
		sobre regime medicamentoso demonstrado	2	7,41	1	2,56	3	4,55
		sobre gestão do regime terapêutico demonstrado	1	3,70	2	5,13	3	4,55
		sobre hábitos de exercício não demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
		sobre regime medicamentoso não demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
	do prestador de cuidados	sobre prevenção das complicações da ferida demonstrado	0	0,00	2	5,13	2	3,03
		sobre gestão do regime terapêutico demonstrado	0	0,00	4	10,26	4	6,06
		sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado	0	0,00	3	7,69	3	4,55
		sobre aspiração de secreções demonstrado	1	3,70	1	3,70	2	3,03
		sobre aspiração de secreções não demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
		sobre técnica de posicionamento demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03

Cada enunciado diagnóstico tem necessariamente associado a si um foco da prática, o qual pode ser o mesmo para vários e diferentes enunciados. Com base neste pressuposto, e recorrendo aos dados contidos nos planos de cuidados, identificaram-se os focos da prática que estão associados aos enunciados diagnósticos mais frequentes relativos à

Aprendizagem Cognitiva, por portador (tabela 12). Encontrou-se que os focos *Gestão do Regime Terapêutico* e *Ferida* eram os que se associavam aos enunciados diagnósticos mais frequentes, quando o portador é a *Pessoa* (idoso dependente). Da mesma forma, os focos *Gestão do Regime Terapêutico*, *Aspiração* e *Posicionar-se* estão associados aos enunciados diagnósticos mais frequentes quando o portador é o *Prestador de Cuidados* (FC).

Tabela 12 - Focos da prática associados aos enunciados dos diagnósticos mais frequentes relativos à *aprendizagem cognitiva*, por portador.

Foco da prática de enfermagem	Portador	Enunciado diagnóstico
Gestão do Regime Terapêutico	pessoa	Conhecimento sobre hábitos alimentares demonstrado Conhecimento sobre hábitos de exercício demonstrado Conhecimento sobre hábitos de exercício não demonstrado Conhecimento sobre regime medicamentoso demonstrado Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico demonstrado
Ferida		Conhecimento sobre prevenção das complicações da ferida demonstrado
Gestão do Regime Terapêutico	prestador de cuidados	Conhecimento do (...) sobre gestão do regime terapêutico demonstrado Conhecimento do (...) sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado
Aspiração		Conhecimento do (...) sobre aspiração de secreções demonstrado Conhecimento do (...) sobre aspiração de secreções não demonstrado
Posicionar-se		Conhecimento do (...) sobre técnica de posicionamento demonstrado

De acordo com os resultados obtidos com a *Aprendizagem de Capacidades*, o enunciado diagnóstico com maior frequência nos planos de cuidados foi *Aprendizagem do prestador de cuidados para prevenir a aspiração demonstrado*, com apenas 2(3,0%) ocorrências, sendo que todos os restantes enunciados diagnósticos apenas se verificaram em 1(1,52%) dos casos (tabela 13). O foco que está associado ao enunciado diagnóstico mais frequente relativo à *Aprendizagem de Capacidades* é a *Aspiração* (no Anexo XI encontram-se descritos todos os dados).

Tabela 13 - Frequências absolutas e relativas dos enunciados diagnósticos da *aprendizagem de habilidades*, por portador.

Enunciado diagnóstico			Homens		Mulheres		Total	
			N	%	N	%	N	%
Aprendizagem de Capacidades	da pessoa	para proceder à auto-vigilância da glicemia capilar demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		para deambular demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		para prevenir complicações demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		para se posicionar não demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	do prestador de cuidados	para prevenir a aspiração demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
		para assistir no autocuidado: higiene demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		para aspirar as secreções demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		para aspirar as secreções não demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		para prevenir as úlceras de pressão demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52

6.5.5. Intervenções de enfermagem

De acordo com a análise do material relativo às intervenções de enfermagem, foram realizados 1989 contatos de enfermagem no domicílio no período compreendido entre 01/01/2009 e 31/07/2011. Ao longo de 31 meses de duração dos contatos entre os enfermeiros e os clientes, foram implementadas 390 intervenções de enfermagem com os tipos de ação *Informar*, *Ensinar*, *Instruir* e *Treinar*. Para a computação deste número foi contabilizada cada uma das vezes que cada intervenção de enfermagem, com aqueles quatro tipos de ação, foi documentada aos participantes no contexto dos contatos de enfermagem realizados no seu domicílio. Este somatório foi independente da natureza conceitual do enunciado da intervenção, ou seja, foram contabilizadas as repetições das intervenções ao longo do tempo.

No entanto, ao analisarmos a sintaxe dos enunciados das intervenções de enfermagem, encontramos um total de 70 enunciados diferentes. Dado que a mesma intervenção de enfermagem pode ter sido implementada mais do que uma vez ao mesmo participante durante o período em análise (embora cada intervenção só possa ser considerada uma única vez em cada contato no domicílio), os resultados nas tabelas 15 e 16 são apresentados de acordo com a frequência com que cada uma das intervenções de enfermagem aparece na documentação.

Os resultados obtidos mostram-nos que a maioria das intervenções de enfermagem são do tipo *Ensinar*, representando estas 77,4% do total das intervenções documentadas, sendo que de um total de 302 intervenções com aquele tipo de ação, 61% tomaram como alvo o *Prestador de Cuidados* (FC) e apenas 16,4% tomaram como alvo a *Pessoa* (idoso dependente). Para além disso, as intervenções do tipo *Ensinar* foram também aquelas que abrangeram um maior número elementos da amostra (51,5%), ou seja, consistiram no tipo de ação ao qual foi exposto um maior número de indivíduos.

O tipo de ação com menor ocorrência foi o *Informar*, com 4,4% do total de intervenções documentadas, sendo a *Pessoa* o alvo mais visado. Pelo contrário, nos restantes tipos de ação, o *Prestador de Cuidados* foi sempre mais visado do que a *Pessoa*, sendo este o alvo com maior número de ocorrências (75,1% do total de intervenções), como mostra a tabela 14. As intervenções do tipo de ação *Treinar* foram as implementadas a um menor número de indivíduos [7(10,6%)].

Tabela 14 - Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem por tipo de ação (*Informar, Ensinar, Instruir, Treinar*) e o alvo (*Pessoa/Prestador de Cuidados*).

Tipo de Ação	Alvo				Total	
	Pessoa		Prestador de cuidados			
	N	%	N	%	N	%
Informar	13	3,33	4	1,03	17	4,36
Ensinar	64	16,41	238	61,03	302	77,44
Instruir	12	3,08	35	8,97	47	12,05
Treinar	8	2,05	16	4,10	24	6,15
Total	97	24,87	293	75,13	390	100

Na tabela 15 encontram-se os resultados referentes às dez intervenções de enfermagem mais frequentes na documentação dos cuidados, independentemente do tipo de ação e do alvo.

Tabela 15 - Frequências absolutas e relativas das dez intervenções de enfermagem mais frequentes nos planos de cuidados independentemente do tipo de ação.

Intervenções de enfermagem	N	%
Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de posicionamento	73	18,72
Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a úlcera de pressão	42	10,77
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão	34	8,71
Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão	24	6,15
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	15	3,85
Instruir o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	15	3,85
Ensinar o prestador de cuidados sobre a aspiração de secreções	9	2,31
Ensinar (a pessoa) a usar equipamento para alívio da pressão	9	2,31
Ensinar (a pessoa) sobre hábitos alimentares	8	2,05
Ensinar o prestador de cuidados a aspirar as secreções	8	2,05

No que se refere às intervenções do tipo *Informar*, verificou-se que a mais frequente é *Informar (a pessoa) sobre o plano nacional de vacinação* logo seguida de *Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade*, com uma frequência respectivamente de 6(1,5%) e de 4(1,0%) (tabela 16). O *Prestador de Cuidados* é visado apenas num enunciado, sendo os restantes 5 enunciados dirigidos à *Pessoa*.

Tabela 16 - Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação *Informar*, por alvo.

Intervenção de enfermagem			N	%
Informar	a pessoa	sobre o plano nacional de vacinação	6	1,54
		sobre equipamento adaptativo para deambular	3	0,77
		sobre complicações da não adesão à vacinação	2	0,51
		sobre equipamento de ajudas técnicas	1	0,26
		sobre nutrição	1	0,26
	o prestador de cuidados			
		sobre prestação de serviços na comunidade	4	1,03

No que diz respeito às intervenções de enfermagem do tipo *Ensinar*, a análise dos dados mostrou que *Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento*, *Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a úlcera de pressão*, *Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão* e *Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão*, foram os enunciados com maior ocorrência, todos eles tomando como alvo o *Prestador de Cuidados*. Quando o alvo é a *Pessoa*, as intervenções com maior frequência foram *Ensinar (a pessoa) a usar equipamento para alívio de pressão* [9(2,3%)], e *Ensinar (a pessoa) sobre hábitos alimentares* [8(2,1%)], como se mostra na tabela 17.

Tabela 17 - Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação *Ensinar*, por alvo.

Intervenção de enfermagem			N	%
Ensinar	a pessoa	a usar equipamento para alívio da pressão	9	2,31
		sobre hábitos alimentares	8	2,05
		sobre complicações da ferida traumática	6	1,54
		sobre prevenção de complicações	5	1,28
		sobre hábitos de exercício	4	1,03
		sobre auto-vigilância: glicemia	3	0,77
		sobre equipamento: colostomia	3	0,77
		sobre gestão do regime terapêutico	3	0,77
		sobre complicações da ferida cirúrgica	2	0,51
		sobre equipamento para prevenção de quedas	2	0,51
		sobre estratégias adaptativas para deambular	2	0,51
		sobre exercícios musculoesqueléticos ativos	2	0,51
		sobre prestação de serviços na comunidade	2	0,51
		sobre prevenção de complicações da úlcera	2	0,51
		sobre prevenção de quedas	2	0,51
		sobre regime medicamentoso	2	0,51
		sobre tratamentos	2	0,51
	o prestador de cuidados	sobre a técnica de posicionamento	73	18,72
		sobre condições de risco para a úlcera de pressão	42	10,77
		sobre sinais de úlcera de pressão	34	8,71
		sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão	24	6,15
		sobre prevenção de úlcera de pressão	15	3,85
		sobre a aspiração de secreções	9	2,31
		sobre prevenção da maceração	8	2,05
		sobre condições de risco para a maceração	6	1,54
		sobre hábitos alimentares	5	1,28
		sobre gestão do regime terapêutico	4	1,03
		sobre a técnica de transferência	3	0,77
		sobre prevenção da anquilose	3	0,77
		a confirmar a posição da sonda nasogástrica	3	0,77
		sobre condições de risco para a desidratação	2	0,51
		sobre prevenção de quedas no domicílio	2	0,51

No que se refere às intervenções de enfermagem com o tipo *Instruir*, as que se destacam são *Instruir o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão* e *Instruir o prestador de cuidados a aspirar as secreções*. Do ponto de vista do tipo de enunciados, e quando se analisa com base no alvo da ação, verifica-se que 7 enunciados de intervenções se dirigem ao idoso dependente e outros 6 se dirigem ao FC, embora a frequência de intervenções de enfermagem com o FC como alvo (9%) seja superior àquela em que o alvo é o idoso (tabela 18).

Tabela 18 - Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação *Instruir*, por alvo.

Intervenção de enfermagem			N	%
Instruir	a pessoa	técnica de exercitação musculoesquelética	3	0,77
		sobre como executar os tratamentos	2	0,51
		sobre exercícios musculoesqueléticos activos	2	0,51
		(sobre) auto vigilância	2	0,51
		a técnica de irrigar o intestino	1	0,26
		sobre o uso de equipamento	1	0,26
		sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas	1	0,26
	o prestador de cuidados	para prevenir as úlceras de pressão	15	3,85
		a aspirar as secreções	8	2,05
		a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão	5	1,28
		sobre como assistir no alimentar-se	3	0,77
		sobre como assistir no posicionar-se	3	0,77
		sobre como assistir no deambular	1	0,26

Nas intervenções de enfermagem do tipo *Treinar*, as mais frequentes foram *Treinar (a pessoa) sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos activos* e *Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa*. Do total de 9 enunciados com este tipo de ação, 7 referem-se a intervenções em que o alvo é o *Prestador de Cuidados* (tabela 19).

Tabela 19 - Frequências absolutas e relativas das intervenções de enfermagem com o tipo de ação *Treinar*, por alvo.

Intervenção de enfermagem			N	%
Treinar	a pessoa	sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos activos	7	1,79
		a proceder à auto - vigilância	1	0,26
	o prestador de cuidados	a posicionar a pessoa	6	1,54
		para prevenir as úlceras de pressão	3	0,77
		a aspirar as secreções	2	0,51
		a assistir na transferência	2	0,51
		a assistir no alimentar-se	1	0,26
		a assistir no deambular	1	0,26
		a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão	1	0,26

7. Discussão

Os estudos focados na compreensão da incapacidade funcional e das consequências que acarreta na realização das AVD dos idosos têm assumido várias metodologias e, conseqüentemente, têm iluminado diferentes faces desses mesmos fenômenos. Uma parte do corpo de literatura sobre cuidados informais a idosos dependentes baseia-se no estudo da percepção de sobrecarga dos cuidadores informais (*caregiver burden*) e do impacto da prestação de cuidados informais na sua saúde física, mental e social^(32, 35, 38, 40, 41, 49, 68, 77-96). Também se encontraram alguns estudos focados nas estratégias de coping adotadas pelos FC⁽⁹⁷⁻¹⁰⁰⁾, assim como na avaliação das necessidades específicas dos FC^(85, 101-111) e do idoso dependente^(112, 113). Para além destes, também são frequentes estudos experimentais com intervenções dirigidas ao FC, como atividades de educação para a saúde, suporte psicológico e emocional e terapias ocupacionais^(53, 114-124). O estudo das incapacidades funcionais e da dependência na realização das AVD nos idosos são normalmente de pequena escala^(6, 26, 27, 38, 68, 78, 125, 126), escasseando os estudos epidemiológicos, embora se verifiquem algumas exceções^(19, 21, 23, 48, 49, 127).

O estado funcional dos indivíduos é frequentemente relacionado com fatores internos e externos, como a idade, estado de saúde, atitudes, características demográficas, doenças agudas e crônicas, crenças pessoais, normas vigentes na sociedade, dependência para a realização das AVD, utilização de ajudas técnicas e hospitalização^(4, 128). No que se refere a doenças e morbilidades, o AVC^(3, 4, 6, 27, 68, 125, 129-131) e os síndromes demenciais^(4, 31, 129, 132) são os fenômenos mais frequentemente relacionados com estados de incapacidade funcional e dependência. Pelo seu potencial traumático e incapacitante, os problemas osteoarticulares⁽¹³⁰⁾, as quedas^(3, 4) e as fraturas do fêmur⁽¹³³⁾ são igualmente fenômenos que se associam a estados de dependência. Por outro lado, os défices nos autocuidados^(10, 128, 130) são uma consequência frequente da incapacidade, assim como o desenvolvimento de úlceras de pressão nos casos mais severos^(3, 4, 130).

Na USF onde se desenvolveu a investigação, cerca de 1% da população inscrita recebe cuidados domiciliários médicos e/ou de enfermagem, tratando-se fundamentalmente de utentes idosos em situação de dependência permanente ou transitória na realização das AVD. Com o presente estudo de investigação, fica facilitado o atingimento da meta da USF, de efetuar a avaliação da dependência a 30% dos utentes utilizadores com ≥ 65 anos no triénio 2010-2012. O conhecimento dos problemas e necessidades dos utentes com elevados níveis de dependência permite aos profissionais planear e oferecer um conjunto de cuidados mais adaptados e dirigidos aos problemas concretos das pessoas e suas

famílias. Atualmente, a sistemática de atividades e o planeamento de programas faz com que estes utentes, dada a sua natural incapacidade de procurar os profissionais, possam ficar esquecidos, criando assim áreas negligenciadas nos cuidados de saúde.

Não foi encontrado um critério fiável e único para eleger os participantes (idosos dependentes no autocuidado). Isto porque, nas bases de dados os utentes são classificados por diagnósticos médicos ou por estarem inscritos em programas de saúde e não por um juízo atual da sua funcionalidade. Assim, a maioria dos indivíduos que no início eram, quanto a nós, elegíveis para receber visita domiciliária, foram excluídos por razões que se deveram principalmente ao critério que detetou os falsos positivos (casos onde se previa existir dependência na realização das ABVD, mas que eram totalmente independentes). Isto fez com que apenas um terço dos indivíduos inicialmente previstos tivesse sido incluído na amostra, reduzindo assim a janela dentro das quais os resultados puderam ser interpretados.

A fundamentação dos critérios de inclusão dos participantes no estudo, teve origem na evidência científica consultada e que mostrou existir relações entre a incapacidade funcional/dependência e a presença de determinadas doenças nos idosos (critérios de inclusão c-g), bem como a presença de determinados fenómenos de enfermagem (critério h). No critério que relaciona "incapacidade funcional" com "fenómenos de enfermagem", foram selecionados os termos correspondentes aos fenómenos que constavam nos sistemas de informação da USF, ou seja, aqueles que integravam a documentação da prática de enfermagem naquela unidade funcional (como por exemplo, *Úlcera de Pressão*, *Alimentar-se*, *Stress do Prestador de Cuidados*). Os fenómenos de enfermagem que, apesar de associados a estados incapacitantes, não constavam nas bases de dados dos sistemas de informação da USF, não puderam ser utilizados para efeitos desta investigação. Também se utilizaram critérios de inclusão (i-k) que relacionaram os idosos com o programa de saúde a que estavam associados dada a sua natureza classificativa, embora estivéssemos conscientes do facto de, no contexto dos centros de saúde, cerca de metade dos utentes não se encontrar associado a nenhum programa ⁽¹³⁾.

Na nossa amostra, a maioria dos idosos dependentes era do sexo feminino, tinha mais de oitenta anos e residia na freguesia de Ramalde (Porto). O estado civil de "casado" foi o mais predominante, embora nas mulheres fosse mais frequente a viuvez, tal como no estudo de Lage (2007) ⁽⁶⁾. Em relação à escolaridade, obtiveram-se de uma forma geral baixos níveis

de instrução, embora os homens tivessem mais escolaridade do que as mulheres, tendo a maioria dos participantes até um máximo de quatro anos de escolaridade. Contudo, cerca de um quarto da amostra não possuía qualquer escolaridade. Estas características colocaram-nos perante uma amostra de pessoas muito idosas com baixa escolaridade, o que é consistente com o estudo de Rodrigues (2007) ⁽²⁷⁾, funcionalmente incapacitadas e, por consequência, dependentes de terceiros para a realização das AVD.

Num estudo anterior, realizado numa das freguesias onde desenvolvemos a pesquisa e com uma população idêntica ⁽¹²⁶⁾, a autora também obteve uma amostra composta maioritariamente por mulheres casadas e com pouca instrução, embora mais jovens (65-70 anos). Nesse estudo, a autora optou por uma amostragem aleatória simples do número total de idosos inscritos num Centro de Saúde, independentemente da sua condição de saúde, ao contrário do nosso estudo, onde o interesse recaiu nos idosos que eram à partida dependentes, o que pode ter contribuído para aumentar a média da idade da nossa amostra. Num outro estudo também na freguesia de Ramalde ⁽¹²⁵⁾, verificou-se um número elevado de "muito idosos" mas, ao contrário do nosso estudo, eram predominantemente do sexo masculino, o que pode dever-se ao facto de a população do estudo de Ferraz (2003) ⁽¹²⁵⁾ ter sido constituída exclusivamente por doentes com AVC, morbilidade que conduz a internamento hospitalar com uma frequência superior nos homens ⁽¹³⁴⁾.

Como se disse acima, o nosso interesse recaiu no estudo de idosos que fossem, à partida, dependentes de terceiros para a realização das ABVD, independentemente das causas de incapacidade subjacentes, que podem aliás ser múltiplas, e independentemente de receberem ou não apoio domiciliário por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários (ou outros). Esta opção metodológica esteve relacionada com as particularidades que o local de implementação do estudo apresentava e, consequentemente, com as condições que oferecia ao nível dos sistemas de informação (existência de ferramenta de *business intelligence* para governação clínica - MIM@UF®), o que não se verificou numa boa parte de estudos realizados previamente sobre este tema. Na maioria dos estudos, os autores optaram pela seleção de elementos com base na presença de uma condição fisiopatológica específica, como a as neoplasias malignas ⁽¹³⁴⁻¹⁴¹⁾, a doença de Alzheimer ^(84; 94, 95, 142-144), o AVC ^(68, 105, 116, 125, 145-147), a esclerose múltipla ^(41, 100, 148- 150), o traumatismo crânio-encefálico ^(81, 151, 152), a insuficiência cardíaca ⁽¹⁵³⁾, ou o VIH/SIDA ⁽¹⁵⁴⁾; com base na presença de apoio domiciliário/vigilância por parte dos enfermeiros ^(27, 38, 77); ou ainda com

base na presença de mais do que um critério, ou seja, ter uma determinada doença específica e simultaneamente receber apoio domiciliário ⁽⁶⁾.

Um estudo anterior adotou uma lógica de seleção da amostra similar, ao ter formado previamente vários conjuntos de indivíduos em função da condição fisiopatológica, tendo-os agrupado por onze doenças/morbilidades, mas ao contrário do nosso caso, os autores analisaram os dados por doença com o objetivo de estudar eventuais diferenças nos *outcomes* dos FC atribuídas à morbilidade do idoso dependente ⁽⁴⁹⁾.

A grande maioria dos idosos possuía um FC que era responsável por assegurar um conjunto de cuidados de várias tipologias (antecipatórios, preventivos, instrumentais e protetores), tendo os resultados sido sobreponíveis aos descritos por Martins (2006) ⁽⁶⁸⁾. Os FC são maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 38 e os 89 anos, sendo na sua maioria indivíduos idosos e casados, perfil que está em consonância com o resultado de estudos com populações semelhantes ^(6, 38, 40, 68, 78, 95, 125). Num estudo de base populacional no Reino Unido com 182664 cuidadores informais, concluiu-se que estes eram predominantemente mulheres entre os 45 e os 59 anos (o que está dentro da nossa "janela" de idades para o FC), sendo este o grupo que gastou mais tempo com os cuidados. Nos FC do sexo masculino desse estudo, os que gastaram mais tempo a prestar cuidados são os mais idosos ⁽⁴⁸⁾.

Na nossa investigação, os FC eram maioritariamente idosos, mas resultados de estudos anteriores mostram que os FC jovens constituem ainda cerca de 12-18% do total de cuidadores adultos, com uma idade média de 21 anos ⁽¹⁵⁵⁾. Isto contextualiza o facto de termos obtido idosos dependentes a serem cuidados por FC mais jovens. Uma parte substancial dos FC dos idosos dependentes da nossa amostra tem mais de 10 anos completos de escolaridade e o número de analfabetos foi muito reduzido, embora a literatura mostre uma baixa escolaridade dos indivíduos que prestam cuidados a dependentes ^(38, 68, 125). O desemprego e a aposentação foram os motivos que justificaram o facto da larga maioria dos FC da nossa amostra se encontrar em fase não ativa.

Os FC dos idosos dependentes deste estudo residiam maioritariamente na freguesia de Ramalde, o que pode ser explicado pelo facto de um elevado número de FC viver em regime de coabitação permanente com o idoso de quem cuida, o que aliás está associado a maior sobrecarga ⁽⁶⁾. A coabitação pode estar relacionado, por um lado, com o grau de

parentesco entre os idosos dependentes e os seus FC e, por outro lado, com o elevado número de idosos a cuidar de outros idosos (normalmente o cônjuge), o que pode pôr em causa a qualidade dos cuidados de tipo instrumental ⁽⁴⁸⁾. As relações de parentesco entre o FC são maioritariamente conjugais e parentais, sendo relações comuns nestas populações ^(6, 68), mas que evidenciam diferenças entre si, nomeadamente nas implicações que a tarefa de cuidar tem no quotidiano do FC dependendo do facto de ser esposa(o) ou filha(o) ^(98, 156-158). Apesar de não ter sido estudada a associação, as esposas que cuidam parecem estar mais expostas a sintomatologia depressiva e pior relação afetiva com o idoso dependente, em relação a outros parentescos ⁽⁶⁸⁾. Numa pequena proporção de casos, não se verificou qualquer grau de parentesco. Foi encontrada uma grande variação quanto ao tempo de duração do papel de cuidador. O FC com menos tempo de experiência a prestar cuidados desempenhava a função há cerca de três meses, e o que detinha maior antiguidade contava com dezessete anos consecutivos. Metade dos FC encontrava-se no desempenho do papel por um período que variava de um a cinco anos, na maioria dos casos sem acumulação com a prestação de cuidados a outros idosos dependentes. A literatura diz-nos que a acumulação da função de FC com outros papéis está relacionada com uma maior perceção de sobrecarga e uma menor satisfação com os cuidados ^(6, 48, 95, 68), pelo que a análise desta variável mostra ser importante.

Para medir as variáveis relacionadas com as AVD recorreremos a instrumentos com bastante expressão em estudos anteriores com populações semelhantes. A ER já tinha sido utilizada por Martins (2006) ⁽⁶⁸⁾ no seu estudo com doentes de AVC com o objetivo de avaliar o efeito da incapacidade no grau de autonomia dos indivíduos, muito por via da facilidade de utilização desta escala na seleção de subgrupos de participantes. Embora a sua utilização neste estudo não tenha tido o mesmo objetivo, ela demonstrou ser uma estratégia de classificação rápida dos idosos dependentes tendo em conta a intensidade das limitações na sua autonomia, cuja utilização pode vir a ter um interesse especial no contexto da prática clínica na USF para classificar grupos de clientes. O IB, é um instrumento amplamente utilizado na avaliação do grau de independência para a realização das ABVD, tanto em investigação como na prática clínica ^(40, 65, 68, 96, 125). Este instrumento foi recentemente validado para a população idosa portuguesa apresentando boas qualidades psicométricas ⁽⁶⁹⁾, embora seja mais significativa a análise dos itens do que o resultado global dado o seu *ceiling effect*.

O FAI avalia a capacidade funcional para a realização de atividades domésticas, recreativas, sociais e laborais essenciais à vida, e foi utilizado em amostras de indivíduos dependentes vítimas de AVC ^(70, 71). Para avaliar a independência para a realização das AIVD nos idosos, utilizámos uma versão adaptada do FAI, traduzida e validada para uma amostra portuguesa de doentes com antecedentes de AVC ^(68, 70), a qual mostrou boa fidelidade do instrumento. Os valores de consistência interna das subescalas do FAI-VA, avaliados através do coeficiente alfa de Cronbach, indicam boa fidelidade, para além de apresentar correlações fortes com o IB e a ER ⁽⁶⁸⁾. Na aplicação do FAI-VA salvaguardaram-se eventuais diferenças quanto ao género, dado que na sociedade portuguesa não é de esperar que os homens desempenhem determinadas tarefas domésticas tão frequentemente quanto as mulheres, pelo que houve um esforço por orientar a colheita dos dados no sentido das dificuldades sentidas na realização das tarefas e não na frequência da sua realização, o que já tinha acontecido noutros com o mesmo instrumento ⁽⁶⁸⁾.

A maioria dos idosos da nossa amostra encontrava-se totalmente dependente para a realização das AVD, sendo as mulheres o sexo mais afetado por estados de incapacidade moderada a grave. Em relação às ABVD, verificou-se que a generalidade dos idosos se encontrava numa situação de dependência total, o que é coerente com os resultados obtidos com a ER. O elevado nível de dependência dos idosos da amostra deve-se muito provavelmente ao facto de termos selecionado indivíduos portadores de condições fisiopatológicas e aspetos de saúde associados a estados de incapacidade funcional e dependência. Devido às particularidades da nossa amostra, torna-se difícil a sua comparação com as da maioria dos estudos encontrados. Como era de esperar tendo em conta resultados anteriores com populações semelhantes, as ABVD mais afetadas pela dependência foram o *tomar banho*, a *higiene pessoal* e o *vestir*, quer no total quer em cada um dos sexos, facto que é sobreponível à evidência empírica ^(6, 27, 38, 40, 68, 125, 126).

Por outro lado, os idosos mostraram maiores índices de independência em itens como o *alimentar-se*, a *função intestinal* e a *função urinária*. No que se refere à autonomia nas AIVD, a amostra apresentou reduzidos níveis de independência em praticamente todos os domínios, sobretudo no *trabalhar* e *fazer trabalhos domésticos pesados*. Para além destes, também revelou baixos níveis de independência itens como *fazer trabalhos domésticos ligeiros*, *ir às compras* e *lavar a louça*. Por outro lado, a amostra apresentou maior grau de independência em atividades como *divertir/fazer passatempos* e *ler livros*, as quais parecem ser as menos afetadas pelas incapacidades. Estes resultados mostram quais as principais

atividades que são comprometidas no caso da perda de autonomia devida á dependência funcional.

Em relação ao contexto da prestação de cuidados informais, os FC recebem na sua maioria ambos os tipos de apoio para cuidar do idoso dependente, quer seja de caráter profissional (todas as ajudas diretas nos cuidados ao idoso que sejam disponibilizadas por indivíduos com formação para o efeito ou por instituições vocacionadas para esse fim), ou não profissional (todas as ajudas diretas provenientes de pessoas sem formação para o efeito). Neste estudo não foram consideradas as ajudas indiretas no cuidado aos idosos (por exemplo, os cuidados prestados no domicílio pelos enfermeiros). Apesar da conjugação dos dois tipos de apoio tivesse sido a modalidade mais frequente, uma parte considerável dos FC recebeu apenas apoio não profissional e uma pequena minoria não recebeu qualquer tipo de apoio para cuidar. Estes resultados parecem estar em contradição com os de um estudo sobre as necessidades dos FC, que mostra que estes raramente recorrem a ajuda dos serviços sociais ou outros, embora procurem ajudas técnicas ou materiais de uso frequente, como fraldas por exemplo ⁽¹¹⁰⁾. Estes dados levam-nos a questionar se os clientes não recorrem porque não conhecem a oferta de recursos disponíveis, se os conhecem mas não lhes atribuem valor ou credibilidade ou outra razão a apurar (como falta de recursos económicos). Parece-nos pertinente promover informação atualizada e adequada às necessidades das pessoas, reconhecendo que o enfermeiro é um dos profissionais que poderá disponibilizar esta informação nos seus diferentes contextos de atuação ^(110, 112).

Em relação à satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos no domicílio, procurou-se preferencialmente a opinião do idoso sempre que possível (quando mostrava requisitos mínimos de comunicação recetiva e expressiva). Considerou-se que o idoso apresentava requisitos mínimos de comunicação quando expressava verbalmente a compreensão dos propósitos de cada uma das áreas da satisfação, pelo que nos casos em que o idoso não foi capaz de garantir de forma verbal a compreensão dos seus propósitos, solicitou-se a resposta por parte do FC ou, na ausência deste, de um representante legal (maior de idade). Como não se separaram os casos em que a resposta foi dada pelo idoso daqueles em que a resposta foi dada por outro elemento, não podemos falar da perceção de cada um separadamente. Por outro lado, não foi possível obter informação sobre este aspeto por alguns participantes por manifestarem lapsos de memória, ou por não terem sido expostos aos cuidados de enfermagem com intensidade suficiente para lançar sobre eles uma apreciação qualitativa. No entanto, os resultados sugerem elevados índices de satisfação da

maioria dos respondentes, sobretudo nos itens *cuidados de enfermagem (vertente clínica) e informação e apoio*. Em nenhum dos itens considerados se obtiveram respostas compatíveis com a insatisfação dos clientes. Os participantes que revelaram pouca satisfação foram raros e disseram respeito aos itens *relação e comunicação* e *organização dos serviços*, sendo este último item aquele que menos satisfação recebe por parte dos utentes das USF's, de uma forma geral ⁽⁷⁵⁾.

Apesar dos bons resultados do nosso estudo nas variáveis que medem a satisfação com os cuidados de enfermagem, os serviços ao domicílio são, segundo a literatura, um tipo de oferta de cuidados com um número substancial de utilizadores insatisfeitos ⁽⁷⁵⁾, facto que merece reflexão futura dadas as crescentes necessidades em cuidados de saúde de proximidade. No entanto, índices tão elevados de satisfação na nossa amostra podem eventualmente configurar um viés, dado que o questionário foi preenchido pelo autor do estudo, que detinha simultaneamente responsabilidades ao nível da prestação direta de cuidados de enfermagem aos participantes (embora não no episódio da aplicação do questionário). Este facto pode ter atuado como inibidor e ter levado os participantes a transmitir uma opinião socialmente aceite aos olhos do inquiridor e autor do estudo. Ao contrário daquela que foi a nossa opção metodológica, estudos sobre a satisfação com os cuidados prestados no âmbito das USF têm recorrido a questionários de auto-preenchimento de carácter anónimo e confidencial ^(75, 76).

Com as variáveis clínicas documentadas nos registos de enfermagem pretendeu-se conhecer as preocupações mais relevantes documentadas pelos enfermeiros no âmbito das visitas domiciliárias aos idosos dependentes, os padrões de necessidades em conhecimento e em capacidades mais frequentes dos idosos e dos FC e as práticas informativas operacionalizadas pelos enfermeiros. Em trinta e um meses consecutivos foram realizadas quase duas mil visitas domiciliárias aos participantes em estudo, tendo a maioria dos idosos recebido mais de vinte visitas nesse período. Contudo, cerca de um quarto dos idosos dependentes não foi alvo de visita domiciliar naquele período e, de entre os restantes participantes, alguns receberam mais de cem visitas, o que revela uma assimetria nas práticas de vigilância deste grupo de clientes, pelos enfermeiros. Face aos níveis de dependência encontrados parecem justificadas o número de visitas domiciliárias efetuadas pelos enfermeiros aos participantes estudados, durante cerca de 2 anos e meio (embora este indicador tenha uma grande variação).

Os participantes estavam em grande parte associados ao programa "Saúde do Idoso" e "Dependentes", sendo que o programa de saúde "Domicílio" aparece apenas numa minoria de casos. Num estudo anterior ao nosso, o programa "Idosos e Dependentes"^{xxviii} apareceu numa minoria de casos e o programa "Domicílio" ocorreu apenas vestigialmente⁽¹³⁾. Com tudo isto, fica evidente a ausência de critério(s) objetivo(s) para a associação dos idosos àqueles dois últimos programas de saúde, pelo que este estudo deixa exposta a necessidade de os estipular. A existência de regras claras e objetivas de associação de determinados grupos de clientes a programas temáticos provavelmente contribuirá para tornar mais rigorosos os processos de classificação dos utentes tendo em conta as suas características específicas.

A configuração dos focos da prática de enfermagem, incluídos na classificação dos fenómenos de enfermagem da CIPE®, organiza os conceitos que representam as áreas de atenção dos enfermeiros, ou seja, circunscreve a parte da realidade a que estes profissionais devem dar resposta recorrendo ao conhecimento que lhes é próprio^(11, 159). Cada um dos focos da prática funciona assim como referência para um conjunto de opiniões clínicas (ou diagnósticos de enfermagem), respetivas intervenções e resultados⁽¹³⁾. As áreas de atenção a que os focos fazem aludir podem, por um lado traduzir-se em aspetos da saúde dos clientes com alta sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros ou, por outro lado, em aspetos com pouca ou nenhuma sensibilidade à sua tomada de decisão mas ainda assim com grande utilidade na descrição da condição de saúde desses mesmos clientes⁽¹³⁾.

À semelhança do que encontramos em estudos anteriores no domínio das ciências de enfermagem^(9, 10, 13, 159-161), os focos da prática assumiram no nosso estudo um carácter central no conjunto da informação clínica analisada, porque apontaram as áreas de atenção que foram relevantes para os enfermeiros da USF no âmbito das cerca de duas mil visitas domiciliárias realizadas no período em análise. De uma forma geral, os focos mais frequentes foram a *Adesão à Vacinação*, a *Úlcera de Pressão*, a *Gestão do Regime Terapêutico*, a *Hipertensão* e o *Metabolismo*, resultados que se aproximam do estudo de Pereira (2007) sobre o RMDE. Por outro lado, focos como o *Alimentar-se*, a *Queda*, a *Anquilose*, a *Aspiração*, o *Autocuidado: beber*, o *Autocuidado: higiene*, o *Papel de Prestador*

^{xxviii} No estudo de Pereira (2007)⁽¹³⁾, o autor optou por representar sob a designação genérica de "Idosos e Dependentes" todos os casos associados ao programa "Idosos" e ao programa "Dependentes", da mesma maneira que optou por representar na classe "Domicílio" todos os casos associados ao programa "Visita Domiciliária" e "Apoio Domiciliário Integrado (Adi)".

de Cuidados e o Stress do Prestador de Cuidados mostraram na nossa investigação uma frequência muito reduzida. Curiosamente, os focos que guardam alta sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros e que configuram áreas de atenção com um interesse especial para os grupos de clientes que estudámos, como o *Papel de Prestador de Cuidados*, a *Maceração*, o *Posicionar-se* e o *Autocuidado: higiene* ⁽¹³⁾, foram documentados nos planos de cuidados com uma frequência muito reduzida. Isto sugere que, no âmbito do nosso estudo, uma parte substancial dos contatos de enfermagem realizados no domicílio possam ter sido motivados por problemas que não se inscrevem no território mais autónomo da atuação dos enfermeiros, por um lado, e que não guardam uma relação concetual estreita com as reais necessidades em cuidados de enfermagem dos idosos dependentes e dos seus FC, por outro ^(101, 110, 112, 135, 162).

O diagnóstico de enfermagem é um elemento essencial para o processo de cuidados, porque circunscreve a realidade a que o enfermeiro deverá conseguir dar resposta através da implementação de intervenções de enfermagem ⁽¹⁵⁹⁾. Em concreto, é uma atividade intelectual de análise e interpretação efetuada a partir dos dados recolhidos (matéria-prima) e da inferência das possíveis conclusões, sendo o enunciado que resulta desta atividade uma fase central da conceção de cuidados de enfermagem ⁽¹⁵⁹⁾. A ideia que está subjacente à emergência de um conjunto de enunciados dos diagnósticos relativos a um foco de atenção, em cada situação específica de cuidados, traduz um processo em que se tece uma rede de opiniões clínicas e diferentes objetivos para os cuidados, capazes de promover a assistência às pessoas nas suas transições ⁽¹³⁾. Como o enunciado do diagnóstico é uma entidade clínica com um significado final que lhe é próprio, não é correto inferir-se que tal resulta da adição simples dos significados dos conceitos associados aos vários termos que compõem esse mesmo enunciado (como o *foco da prática*, o *juízo* ou o *portador*), embora ele derive dos sentidos particulares de cada termo sem lhes retirar o essencial ⁽¹⁵⁹⁾.

Podem ser feitas várias leituras em relação ao material que resultou da análise dos enunciados dos diagnósticos. No domínio da *Aprendizagem Cognitiva*, os resultados mostram que, de uma forma geral, a *Gestão do Regime Terapêutico* é a área de atenção que mais frequentemente compõe os enunciados, sendo o idoso dependente o alvo mais comum dos problemas identificados pelos enfermeiros. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros valorizaram mais o registo da demonstração do conhecimento dos clientes do que o registo da sua não demonstração. O diagnóstico de enfermagem representa normalmente uma realidade indesejável, real ou potencial, à qual o enfermeiro pretende dar

resposta e, nesse sentido, é de esperar que o enunciado que descreve essa realidade traduza um estado considerado negativo, limitado ou insuficiente. O facto dos resultados encontrados revelarem o contrário, pode estar relacionado com fatores prévios à documentação dos cuidados que influenciam a escrita dos enunciados. Esses fatores são traduzidos pelas concepções de cuidados (os valores que caracterizam a prestação de cuidados e a forma como cada enfermeiro encara o seu papel), a mestria no processo diagnóstico (a qualidade da produção, processamento e documentação de informação e a incerteza na formulação diagnóstica), o valor que a informação assume (informação enquanto recurso com potencial para ser gerido e que permita quantificar o trabalho do enfermeiro), o recurso à linguagem classificada (utilização da CIPE® para nomear e documentar os elementos clínicos) e a própria estrutura dos sistemas de informação (as regras em vigor nos aplicativos clínicos não respeitam necessariamente as regras do processo de conceção de cuidados) ^(9, 13, 160).

O mesmo facto pode ainda estar relacionado com a cultura clínica vigente na equipa de enfermagem daquela unidade funcional. Aqui o valor parece estar predominantemente na documentação da constatação de um estado do cliente, problemático ou não, em detrimento da identificação dos seus problemas específicos. Padilha (2006) ⁽⁹⁾ aponta no seu estudo algumas razões para as debilidades na documentação clínica dos défices de conhecimento e de capacidades dos doentes dependentes e seus FC, como por exemplo a deficiente comunicação interdisciplinar, a falta de tempo para documentar e a dificuldade em proceder à nomeação do problema. O facto da equipa de enfermagem acompanhar estes grupos de clientes há algum tempo também poderá ter contribuído para a satisfação completa das necessidades em conhecimentos e capacidades dos clientes e, conseqüentemente, para o não aparecimento de necessidades novas nestes domínios durante o período em análise.

Ao interpretarmos o material anterior tendo como unidade de análise o portador do problema, podemos ver que a *Gestão do Regime Terapêutico* caracterizou uma parte substancial dos enunciados dos diagnósticos do domínio da *Aprendizagem Cognitiva* que diziam respeito aos idosos dependentes. Por seu lado, áreas de atenção como a *Gestão do Regime Terapêutico*, a *Aspiração*, o *Posicionar-se*, a *Queda*, o *Autocuidado: comer* e a *Maceração*, caracterizaram os enunciados dos diagnósticos do mesmo domínio, mas que diziam respeito aos FC. Isto sublinha que os enfermeiros atribuíram importância às necessidades em conhecimento dos FC de forma a que possuíssem os recursos cognitivos necessários para responder com eficácia ao desafio de prestar cuidados, sobretudo os de

natureza instrumental (administração de medicamentos, aspiração de secreções, posicionamento no leito, prevenção de quedas e da maceração e alimentação).

No domínio da *Aprendizagem de Capacidades*, as áreas de atenção que mereceram destaque na documentação foram a *Autovigilância*, o *Deambular*, a *Prevenção de Complicações* e o *Posicionar-se*, nos casos em que o alvo era o idoso dependente. Nos enunciados que visavam o FC, as áreas mais consideradas foram a *Aspiração*, o *Autocuidado: higiene* e a *Úlcera de Pressão*. Estes resultados sublinham mais uma vez o ênfase dado pelos enfermeiros à natureza instrumental do papel do FC, ao se circunscrever predominantemente a problemas que exigem o desenvolvimento de mestria na execução de tarefas que beneficiam o idoso dependente, como aspirar as secreções, tratar da sua higiene corporal e prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, o que já tinha sido encontrado por Padilha (2006) ⁽⁹⁾ e Petronilho (2007) ⁽¹⁰⁾ nos seus estudos sobre conhecimentos e capacidades dos doentes hospitalizados na altura do regresso ao domicílio. Estes aspetos derivam provavelmente do facto da nossa amostra de idosos possuir elevados índices de dependência na higiene pessoal e no movimento corporal. À semelhança do que se explicou acima, também neste domínio ficou claro o valor atribuído à documentação da demonstração das habilidades, ao invés da sua não demonstração, pelo que invocamos os mesmos motivos descritos para o domínio da *Aprendizagem Cognitiva*.

No que se refere às intervenções de enfermagem, o estudo mostrou-nos que a maioria são centradas na ação de *Ensinar* e que, de uma forma geral, o FC foi sempre mais visado do que o idoso dependente enquanto alvo da mesmas. As áreas onde os enfermeiros mais investiram do ponto de vista da aquisição de conhecimentos por parte dos idosos dependentes foram a utilização de equipamento para alívio de pressão e os hábitos alimentares. Na instrução e no treino de capacidades deste grupo de clientes, as áreas mais consideradas foram a exercitação musculoarticular, a execução de tratamentos (como prestar cuidados a feridas), medidas de auto vigilância, e com menor expressão, a cuidados para o obstipação (como a irrigação do intestino) e o uso de equipamento para, por exemplo, a prevenção de quedas. No que se refere à aquisição de capacidades dos FC, estas centraram-se na instrução e no treino de competências para prevenir as úlceras de pressão, para aspirar secreções e para assitir os idosos dependentes nas ABVD, como a alimentação, a deambulação e a transferência da cama para outros dispositivos e vive-versa.

Ao analisarmos os enunciados dos diagnósticos, por um lado, e os enunciados das intervenções, por outro, verificamos que existiu alguma incoerência tanto do ponto de vista conceitual e semântico como do ponto de vista do processo de pensamento do enfermeiros. Isto é, deparamo-nos com a documentação de intervenções cuja intenção é a aquisição de conhecimentos e capacidades por parte dos idosos dependentes e dos seus FC, mas não se encontram documentados os problemas (diagnósticos de enfermagem) que estiveram na sua origem. Este tipo de incongruência já tinha sido notada por Padilha (2006) ⁽⁹⁾, Brito (2004) ⁽¹⁵⁹⁾ e Cardoso (2003) ⁽¹⁶¹⁾ nos seus estudos, onde puseram em evidência os elementos clínicos centrais da enfermagem nos vários contextos de ação, e onde chamaram a atenção para a diferenças semânticas e de intenção ao nível dos enunciados dos diagnósticos e das intervenções, o que revela falta de sistemática na conceção e na documentação dos cuidados ⁽¹⁶⁰⁾.

Face aos resultados encontrados é importante refletir sobre sobre a documentação e sua relação direta com as práticas clínicas. Estes resultados permitirão aos enfermeiros elaborar um plano de investimento que implique um conjunto de atividades a trabalhar com a família/FC, no sentido de promover e preservar o máximo de autonomia possível dos idosos dependentes, sobretudo nas atividades com maior potencial de preservação. O facto de todos os participantes idosos estudados serem efetivamente muito dependentes e uma parte substancial não receber uma vigilância regular, merece também uma particular atenção. Crê-se ser útil conceber estratégias de rastreamento, estudo da distribuição e monitorização contínua dos critérios de fragilidade dos idosos. Para além destas, medidas interventivas devem ser levadas a cabo, como programas de vigilância que poderão incluir visitas domiciliárias periódicas, conjugadas com o aproveitamento das novas tecnologias da informação e comunicação, de que é exemplo o telealarme, e outras iniciativas ⁽¹⁶³⁾.

8. Conclusões

Neste estudo, a maioria dos idosos eram mulheres casadas com idade superior a oitenta anos, baixo nível de instrução e residentes na freguesia de Ramalde, sendo que quase todos possuíam um familiar cuidador responsável por assegurar cuidados informais no contexto domiciliário e sendo frequente o regime de coabitação permanente. Os familiares cuidadores eram maioritariamente mulheres idosas, esposas ou filhas da pessoa dependente, com uma escolaridade básica, encontrando-se em fase não ativa por desemprego ou aposentação. Os familiares cuidadores receberam apoio profissionalizado e não profissionalizado para cuidar, e só uma pequena minoria não recebeu qualquer tipo de ajuda.

A maioria dos idosos era portadora de elevados níveis de incapacidade e dependência para a realização das atividades da vida diária, sendo o banho, a higiene pessoal e o vestir/despir as tarefas básicas mais comprometidas. Contudo, revelaram alguma independência em atividades de lazer e na leitura. Tanto os idosos dependentes como os seus familiares cuidadores mostraram elevados índices de satisfação com os cuidados de enfermagem que lhes foram prestados, assim como com a informação e o apoio dado pelos enfermeiros ao longo do tempo.

Verificou-se uma elevada assimetria no número de visitas domiciliárias realizadas a estes participantes. Dos cerca de dois mil contatos realizados em três anos, cerca de um quarto dos idosos dependentes não recebeu qualquer atenção ou vigilância por parte dos enfermeiros. As áreas que de uma forma geral despertaram a atenção dos enfermeiros foram a vacinação, as úlceras de pressão, a gestão do regime terapêutico, a hipertensão e o controlo glicémico. Por outro lado, áreas como o autocuidado, as quedas, a anquilose, a maceração, a limpeza das vias aéreas, o papel de prestador de cuidados e o stress do prestador de cuidados assumiram pouco significado enquanto alvo de intervenção.

Quanto ao conhecimento dos clientes, a gestão do regime terapêutico foi a área de atenção mais tida em conta, tendo sido os idosos dependentes o grupo mais aludido. Nos familiares cuidadores, as áreas mais valorizadas foram a limpeza das vias aéreas, o autocuidado, a maceração e a queda. Quanto às capacidades do idoso dependente, as áreas com destaque foram a autovigilância, a deambulação, a prevenção de complicações e o posicionamento. Em relação ao familiar cuidador, centraram-se na aspiração, na higiene e nas úlceras de pressão.

As intervenções de enfermagem mais frequentes foram as do tipo *Ensinar*, tendo os idosos dependentes sido visados em temas como os hábitos alimentares e a utilização de equipamento para alívio de pressão. Por seu lado, os familiares cuidadores foram ensinados principalmente sobre prevenção de úlceras de pressão. No que se refere às capacidades, foram treinadas as competências dos idosos dependentes para a exercitação musculoesquelética, execução de tratamentos e a auto vigilância, assim como as competências dos familiares cuidadores para prevenir as úlceras de pressão, aspirar secreções e assistir os idosos na alimentação, na deambulação e na transferência.

9. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Genebra: WHO; 2002.
2. Alto Comissariado da Saúde. Estratégias Para a Saúde V) Anexos 1) Cálculo de Metas e Ganhos Em Saúde Para 2006: cálculo de ganhos em saúde (versão discussão-documento de trabalho). Gabinete Técnico do PNS 2011-2016; 2011.
3. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde, vol. II - Orientações Estratégicas. Lisboa: Ministério da Saúde/DGS; 2004.
4. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: DGS; 2006.
5. Alto Comissariado da Saúde. Estratégias Para a Saúde II) Perfil de Saúde em Portugal (versão discussão). Gabinete Técnico do PNS 2011-2016; 2011.
6. Lage MIGS. Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2007.
7. Meleis AI, Sawyer LM, Im E-O, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advanced Nursing Science 2000; 23 (1): 12-28.
8. Carvalho GS. Literacia para a saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. Colóquio - Saúde e Discriminação Social; Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 22 e 23 de Fevereiro de 2002.
9. Padilha JMSC. Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2006.
10. Petronilho FAS. Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau; 2007.
11. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros; 2002.
12. International Council of Nurses. Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem® Beta 2, 3ª edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2005.
13. Pereira FMS. Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2007.
14. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas Anuais da População Residente - Documento Metodológico versão 1.1. Lisboa: INE; 2011.
15. Instituto Nacional de Estatística. As Pessoas. Lisboa: INE; 2009.

16. Instituto Nacional de Estatística. Documento Metodológico - indicadores demográficos. Lisboa: INE; 2006.
17. Insituto Nacional de Estatística. As Gerações Mais Idosas (Série de Estudos Nº 83). Lisboa: INE; 1999.
18. Instituto Nacional de Estatística. Mais de um milhão de idoso vive só ou na companhia de outros idosos: Censos 2011-Resultados pré-definitivos (momento censitário-21 de Março de 2011). Lisboa: Serviço de Comunicação e Imagem; 2012.
19. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82 (4): 251-8.
20. Hyde M, Higgs P, Newman S. The health profile of ageing populations. In: Newman S, Steed L, Mulligan K. Chronic Physical Illness: Self-Management and Behavioural Interventions. Glasgow: MacGraw-Hill; 2009. p. 3-27.
21. World Health Organization. World Report on Disability. Malta: WHO/The World Bank; 2011.
22. Observatório Nacional de Saúde. MOCECOS: Uma Observação dos Cidadãos Idosos no Princípio do Século XXI. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2001.
23. Oliveira CR, Rosa MS, Pinto AM, Botelho MAS, Morais A, Veríssimo MT. Estudo do Perfil de Envelhecimento da População Portuguesa. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2008.
24. Ministério da Saúde. Modelo Para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde; s/d.
25. Portugal/Unidade de Missão Para os Cuidados Continuados Integrados. Relatório de Atividade do Circuito de Referência da RNCCI. Lisboa: UMCCI; 2008.
26. Santos I, Botelho A, Borges, Capela A, Nora D, Marques F et al. Comorbilidade e Funcionalidade: Estudo Observacional de Um Coorte de Doentes. Acta Médica Portuguesa 2009; (22): 779-88.
27. Rodrigues RMC. Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2007.
28. World Health Organization. Home-based Long-Term Care: report of a WHO Study Group. Genebra: WHO; 2000.

29. World Health Organization. Home-based And Long Term Care: Home Care Issues and Evidence. Genebra: WHO; 1999.
30. World Health Organization. Home Care in Europe: The Solid Facts. Copenhagen: WHO; 2008.
31. Sequeira C. Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto Editora; 2007
32. Braithwaite V. Caregiving Burden: making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging* 1992 March; 14 (1): 3-27.
33. George LK, Gwyther LP. Caregiver Weil-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist* 1986; 26 (3): 253-59.
34. Braithwaite VA. Bound To Care. Austrália: Allen & Unwin Australia Pty Ltd; 1990.
35. Braithwaite V. Understanding Stress in Informal Caregiving: is burden a problem of the individual or of society? *Research on Aging* 1996 June; 18 (2): 139-74.
36. Braithwaite V. Between stressors and outcomes: can we simplify caregiving process variables? *The Gerontologist* 1996; 39 (1): 42-53.
37. Braithwaite V. Context or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist* 2000; 40 (6): 706-17.
38. Brito MLS. A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos [Dissertação]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2000.
39. Martín I, Paúl C, Roncon J. Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde&Doenças* 2000; 1 (1): 3-9.
40. Martins T, Ribeiro JP, Garrett C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2003; 4 (1): 131-48.
41. Pakenham KI. Application of a stress and coping model to caregiving in multiple sclerosis. *Psychology, Health&Medicine* 2001; 6 (1): 13-27.
42. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist* 1995; 35 (6): 771-91.
43. Schulz R, O'Brien A, Czaja S, Ory M, Norris R, Martire LM, Belle SH, Burgio L, Gitlin L, Coon D, Burns R, Gallagher-Tomphson D, Stevens A. Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *The Gerontologist* 2002; 42 (5): 589-602.
44. Visser-Meily JMA, Post MWM, Riphagen II, Lindeman E. Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients: a review. *Clinical Rehabilitation* 2004; (18): 601-23.
45. Vitaliano PP, Young HM, Russo J. Burden: A Review of Measures Used Among Caregivers of Individuals with Dementia. *The Gerontologist* 1991; 31 (1): 67-75.

46. Zarit SH, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist* 1980; 20 (6): 649-55.
47. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist* 1986; 26 (3): 260-6.
48. Dahlberg L, Demack S, Bambra C. Age and gender of informal carers: a population-based study in the UK. *Health and Social Care in the Community* 2007; 15 (5): 439-45.
49. Pakenham KI, Stebbins P, Cannon T, Samios C. Carers in Contemporary Australia: relations among carer illness/ disability groups, biographics, caring context, coping and distress. Paddington: PsyHealth Media; 2005.
50. Shyu Y-IL. Development and testing of the Family Caregiving Factors Inventory (FCFI) for home health assessment in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32 (1): 226-34.
51. Brereton L. Preparation for family care-giving: stroke as a paradigm case. *Journal of Clinical Nursing* 1997; 6: 425-34.
52. McGown A, Braithwaite V. Stereotypes of emotional caregivers and their capacity to absorb information: the views of nurses, stroke carers and the general public. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17: 822-8.
53. Braithwaite V, McGown A. Caregivers' emotional well-being and their capacity to learn about stroke. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 195-202.
54. Brereton L, Nolan M. You do know he's had a stroke, don't you? Preparation for family care-giving: the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 498-506.
55. Shyu, Y-IL. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: Taiwanese. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32 (3): 619-25.
56. Duhamel F, Fortin M-F. Os Estudos de Tipo Descritivo. In: Fortin, M-F. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999. p. 162-72.
57. Fortin M-F. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999.
58. Oliveira AG. *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação: teoria e aplicações*. Lousã: Lidel Edições Técnicas Lda; 2009.
59. Fortin M-F, Nadeau M. A medida em investigação. In: Fortin, M-F. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999. p. 215-237.
60. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. *Scottish Medical Journal* 1957; (2): 200-15.

61. Strurm JW, Dewey HM, Donnan GA, Macdonell, RAL, McNeil JJ, Thrift AG. Handicap after stroke: how does it relate to disability, perception of recovery, and stroke subtype? The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 2002; (33): 762-768.
62. Goncalves F, Cardoso M. Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Médica Portuguesa* 1997; (10): 543-50.
63. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; (14): 61-5.
64. Anderson C, Linto J, Stewart-Wynne E. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995; 26: 843-9.
65. Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome measures in acute stroke trials. A systematic review and some recommendations in acute stroke trials. *Stroke* 2000; 31: 1429-38.
66. Dennis M, O'Rourke S, Lewis S, Sharpe M, Warlow C. A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Stroke* 1998; 29: 1867-72.
67. Scholte op Reimer WJM, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GAM. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke* 1998; 29: 1605-11.
68. Martins T. Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau; 2006.
69. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2007 Jul-Dez; 25 (2): 59-66.
70. Martins T, Ribeiro JP, Garrett, C. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI): Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência* 2003; 11: 17-31.
71. Schuling J, R. de Haan, Limburg M, Groenier KH. The Frenchay Activities Index - Assessment of Functional Status in Stroke Patients. *Stroke* 1993; 24 (8): 1173-7.
72. Wilkinson P, Wolfe C, Warburton F, Rudd A, Howard R, Ross-Russell R, et al. A long-term follow-up of stroke patients. *Stroke* 1997; 28: 507-12.
73. Holbrook M, Skilbeck C. An activities index for use with stroke patients. *Age&Aging* 1983; 12: 166-70.
74. Ferreira PL, Raposo V. A Governação Em Saúde e a Utilização de Indicadores de Satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2006; 22: 285-96.

75. Ferreira PL, Antunes P. Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF - sondagem às primeiras 146 USF. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Coimbra: 2009.
76. Ferreira PL, Antunes P. Monitorização da Satisfação dos Profissionais das USF - sondagem às primeiras 143 USF. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Coimbra: 2009.
77. Arai Y, Washio M. Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. *Aging & Mental Health* 1999; 3 (2): 158-164
78. Santos DIFA. As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Concelho da Lourinhã. [Dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta; 2008.
79. Vitaliano PP, Heather MY, Russo J. Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist* 1991; 31 (1): 67-74.
80. Samuelsson AM, Annerstedt L, Elmstahl S, Samuelsson S-M, Grafström M. Burden of responsibility experienced y family caregivers of elderly dementia sufferers. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2001; 15: 25-33.
81. Marsh NV, Kersel DA, Havill JH, Sleigh JW. Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. *Brain Injury* 1998; 12 (12): 1045-59.
82. Wagner AW, Logsdon RG, Pearson JL, Teri L. Caregiver expressed emotion and depression in Alzheimer's disease. *Aging&Mental Health* 1997; 1 (2): 132-9.
83. Garand L, Dew MS, Linda RA, DeKosky ST, Reynolds CF. Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 20: 512-22.
84. McConaghy R, Caltabiano ML. Caring for a person with dementia: Exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing and Health Sciences* 2005; 7: 81-91.
85. Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs. *Neuro-Oncology* 2007; 10: 61-72.
86. Horwitz AV, Reinhard SC. Ethnic Differences in Caregiving Duties and Burdens Among Parents and Siblings of Persons with Severe Mental Illnesses. *Journal of Health and Social Behavior* 1995 June; 36: 138-50.

87. Lee M, Yoon E, Kropt NP. Factors Affecting Burden of South Korean Providing Care to Disabled Older Family Members. *International Journal of Aging and Human* 2007; 64 (3): 245-62.
88. Majerovitz SD. Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging & Mental Health* 2007; 11 (3): 323-9.
89. Blake H. Strain and psychological distress among informal supporters of reflex sympathetic dystrophy patients. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22 (18): 827-32.
90. Draper B, Bowring G, Thompson C, Heyst JV, Conroy P, Thompson J. Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2007; 21: 122-30.
91. Lee AL, Strauss L, Wittman P, Jackson B, Carstens A. The Effects of Chronic Illness on Roles and Emotions of Caregivers. *Occupational Therapy in Health Care* 2001; 14 (1): 47-60.
92. Draper P, Brocklehurst H. The impact of stroke on the well-being of the patient's spouse: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 264-71.
93. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The Mental Health of Informal Caregivers in Ontario: An Epidemiological Survey. *American Journal of Public Health* 1997; 87 (12): 2002-7.
94. Talkington-Boyer S, Snyder DK. Assessing impact on family caregivers to Alzheimer's Disease Patients. *The American Journal of Family Therapy* 1994; 22 (1).
95. Pereira MFC. Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2011.
96. Félix AMT. Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar. [Dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2010.
97. Kneebone II, Martin PR. Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology* 2003; 8: 1-17.
98. Arabit LL. Coping Strategies of Latino Women Caring for a Spouse Recovering From a Stroke: A Grounded Theory. *The Journal of Theory Construction & Testing* 2008; 12 (2): 42-9.
99. Ekwall A, Sivberg B, Hallberg IR. Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007; 18: 239-48.
100. Pakenham KI. Investigation of the coping antecedents to positive outcomes and distress in multiple sclerosis (MS). *Psychology and Health* 2006; 21 (5): 633-49.
101. Nolan MR, Grant G. Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 1989. 14: 950-61.

102. Zanetti O, Frisoni GB, Bianchetti A, Tamanza G, Cigoli V, Trabucchi M. Depressive Symptoms of Alzheimer Caregivers are Mainly Due to Personal Rather Than Patient Factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1998; 13: 358-67.
103. Seddon D, Robinson CA. Carers of older people with dementia: assessment and the Carers Act. *Health and Social Care in the Community* 2001; 9 (3): 151-8.
104. Habermann B, Davis LL. Caring for Family with Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. *Journal of Gerontological Nursing* 2005 June; 49-54.
105. Mak AKM, Mackenzie A, Lui MHL. Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 971-9.
106. Nolan M, Philp I. COPE: towards a comprehensive assessment of caregiver need. *British Journal of Nursing* 1999; 8 (20): 1364-73.
107. England M. Expressed Information And Resource Needs of Filial Caregivers Reporting Recent Experiences of Crisis. *Educational Gerontology* 2001; 27: 139-57.
108. Chambers M, Ryan AA, Connor SL. Exploring the emotional support needs and coping strategies of family carers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8: 99-106.
109. Louderdale SA, Gallagher-Thompson D. Men Providing Care: What Do They Need and How Can We Do It? *Clinical Gerontologist* 2002; 26 (1/2): 53-70.
110. Nogueira MAA. Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2003.
111. Andrade C. Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem* 2009; 13 (1): 61-71.
112. Barbeiro, APC. Necessidades de Saúde no Idoso na Perspectiva do Mesmo. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2004
113. Quaresma IRN. O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2008.
114. Gitlin L, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck W. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist* 2001; 41(1): 4-14.
115. Huang HL, Shyu YIL, Chen MC, Chen ST, Lin LC. A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18: 337-45.

116. Clark, MS, Rubenach S, Winsor A. A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke. *Clinical Rehabilitation* 2003; 17: 703-12.
117. Demiris G, Oliver DP, Wittenberg-Lilles E. Assessing Caregivers for Team Interventions (ACT): A New Paradigm for Comprehensive Hospice Quality Care. *American Journal of Hospital Palliative Care* 2009; 26 (2): 128-34.
118. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elderly: a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine* 1994; 120: 999-1006.
119. Whitlatch CJ, Zarit SH, Eye AV. Efficacy of Interventions with Caregivers: A Reanalysis. *The Gerontologist* 1991; 31 (1): 9-14.
120. Mistiaen P, Francke AL, e Poot, E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Services Research* 2007; 7 (47): 1-19.
121. Brereton L, Carroll C, Barnston S. Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2007; 21: 867-84.
122. Bickman L, Heflinger CA, Northrup D, Sonnichsen S, Schilling S. Long Term Outcomes to Family Caregiver Empowerment. *Journal of Child and Family Studies* 1998; 7 (3): 269-82.
123. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia. *Journal of the American Geriatric Society* 2003; 51: 657-64.
124. Honea NJ, Brintnall RA, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, et al. Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2008; 12 (3): 507-16.
125. Ferraz CMM. A Família do Doente com AVC e a Alta Hospitalar. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2003.
126. Sampaio CMC. Idosos de Cedofeita: Que Qualidade de Vida? [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2006.
127. Decima Research Inc. National Profile of Family Caregivers in Canada - 2002: Final Report. Decima Research Inc/Health Canada; 2002.
128. Doran DM. *Nursing Outcomes - The State of The Science* (2nd ed). EUA: Jones&Bartlett Learning; 2011.
129. World Health Organization. Home-Based Long-Term Care - report of a WHO study group. Geneva: WHO; 2000.

130. Instituto de Salud Carlos III. Visita Domiciliaria Programada de Enfermería A Personas Mayores de 65 Años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III/Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
131. Pereira S, Coelho SB, Barros H. Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa* 2004; 17: 187-92.
132. Williams O, Keady J, Nolan M. Younger-onset Alzheimer's disease: learning from the experience of one spouse carer. *Journal of Clinical Nursing* 1995; 4: 31-6.
133. Direção-Geral da Saúde. Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso - recomendações para intervenção terapêutica (Orientações Técnicas Nº 13). Lisboa: DGS/Ministério da Saúde; 2003.
134. Gaugler JE, Given WC, Linder J, Kataria R, Tucker G, Regine WF. Work, gender, and stress in family cancer caregiving. *Support Care Cancer* 2008; 16: 347–357.
135. Ferrario SR, Zotti AM, Ippoliti M, Zotti P. Caregiving-related needs analysis: a proposed model reflecting current research and socio-political development. *Health and Social Care in the Community* 2003; 11 (2): 103-10.
136. Bakas T, Lewis RR, Parsons JE. Caregiving Tasks Among Family Caregivers of Patients With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28 (5): 847-54.
137. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of Caregiving Demand, Mutuality, and Preparedness on Family Caregiver Outcomes During Cancer Treatment. *Oncology Nursing Forum* 2008; 35 (1).
138. Santos C, Ribeiro JLP, Lopes C. Estudo de Adaptação da Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática* 2003; 5 (001): 105-18.
139. Tang ST, Li C-Y, Liao Y-C. Factors associated with depressive distress among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Palliative Medicine* 2007; 21: 249-57.
140. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 170 (12): 1795-801.
141. Lobchuk MM, Degner LF, Chateau D, Hewitt D. Promoting Enhanced Patient and Family Caregiver Congruence on Lung Cancer Symptom Experiences. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33 (2): 273-82.

142. Clark PA, Bass DM, Looman WJ, McCarthy CA, Eckert S. Outcomes for patients with dementia from the Cleveland Alzheimer's Managed Care Demonstration. *Aging & Mental Health* 2004; 8 (1): 40-51.
143. Paun O. Older Women Caring For Spouses With Alzheimer's Disease at Home: making sense of the situation. *Health Care for Women International* 2003; 24: 292-312.
144. Shelton P, Schraeder C, Dworak D, Fraser C, Sager MA. Caregivers' Utilization of Health Services: Results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois Site. *Journal of American Geriatric Society* 2001; 49: 1600-05.
145. White CL, Korner-Bitensky N, Rodrigue N, Rosmus C, Sourial R, Lambert S, et al. Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: The family's experience. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing* 2007; 29 (2): 5-12.
146. Thomas M, Greenope K. Caregiver experiences and perceptions of stroke. *Health Sa Gesundheit* 2008; 13 (1): 29-40.
147. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M, et al. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2004 May; 325: 1-5.
148. Pakenham KI. The nature of caregiving in multiple sclerosis: development of the caregiving tasks in multiple sclerosis scale. *Multiple Sclerosis* 2007; (13): 929-38.
149. O'Brien MT. Multiple Sclerosis: Stressors and Coping Strategies in Spousal Caregivers. *Journal of Community Health Nursing* 1993; 10 (3): 123-35.
150. Carton H, Loos R, Pacolet J, Versieck K, Vlietinck R. A quantitative study of unpaid caregiving in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2000; (6): 274-9.
151. Hangs RA, Rapport LJ, Vangel S. Caregiving appraisal after traumatic brain injury: The effects of functional status, coping style, social support and family functioning. *NeuroRehabilitation* 2007; 22: 43-52.
152. Defeneffe CE, Burcham CM. Adult Sibling Caregiving for Persons with Traumatic Brain Injury: Predictors of Affective and Instrumental Support. *Journal of Rehabilitation* 2008; 74 (3): 10-20.
153. Gure TR, Kabeto MU, Blaum CS, Langa KM. Degree of Disability and Patterns of Caregiving among Older Americans with Congestive Heart Failure. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 23 (1): 70-6.
154. Vithayachockitikhun N. Family caregiving of persons living with HIV/AIDS in Thailand: Caregiver burden, an outcome measure. *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 123-8.

155. Levine C, Hunt GG, Halper D, Hart AY, Lautz J, Gould DA. Young Adult Caregivers: A First Look at an Unstudied Population. *American Journal of Public Health* 2005; 95 (11): 2071-5.
156. Carpenter BD. Attachment Bonds Between Adult Daughters and Their Older Mothers: Associations With Contemporary Caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2001; 56B (5): P257-P266.
157. Ducharme F, Lévesque L, Zarit SH, Lachance L, Giroux F. Changes in health outcomes among older husband caregivers: a one-year longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development* 2007; 65 (1): 73-96.
158. LLácer A, Zunzunegui MV, Gutierrez-Cuadra F, Béland F, Zarit SH. Correlates of well-being of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain. *European Journal of Public Health* 2002; (12): 3-9.
159. Brito MAC. A Representação do Juízo Diagnóstico em Enfermagem: dos dados "matéria-prima" ao juízo dos enfermeiros sobre os seus focos da prática. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2004.
160. Silva A. Sistemas de Informação de Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2001.
161. Cardoso AMR. Representação dos Conceitos Centrais da Enfermagem Num Contexto da Saúde Materna e Obstetrícia. [Dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2003.
162. Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey E, Williams J, Carter YH. Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliative Medicine* 2008; 22: 153-71.
163. Magnusson L, Hanson E, Nolan M. Assisting carers using the ACTION model for working with family carers. *BRITISH JOURNAL OF NURSING* 2002; 11 (11): 759-63
164. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda; 2000.

10. Anexos

Anexo I
Autorização da ARSN, IP



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, L.P.

DELIBERADO CONSELHO

26.11.2011

Fernando Araújo
Presidente do C. G.

COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☐ PARECER ☒ Nº 71 DATA 15/07/11

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer n.º 68/2011

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, L.P.
EXARADO NA ACTA N.º 31
REUNIÃO DE 26.11.2011

Levo ao conhecimento desse Conselho o Parecer n.º 68/2011 (Sobre o estudo "Os idosos em situação de dependência no domicílio: os resultados obtidos na prevenção de complicações e os ganhos em conhecimento e em capacidades dos idosos e dos seus cuidadores informais"), aprovado na reunião do dia 15 de julho, por unanimidade.

Informo que o mesmo foi já comunicado, por correio eletrónico ao Diretor Executivo do ACES Porto Ocidental e ao Coordenador da USF Serpa Pinto e, oficiosamente, à requerente nos termos habituais.

A Consideração Superior

Rosalvo Almeida

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Anexo II

Autorização do ACES Grande Porto IV - Porto Ocidental

DECLARAÇÃO

Declara-se a pedido do interessado que o investigador, **Tiago Rafael Ganhão Pereira Vieira Pinto**, enfermeiro neste ACES, a realizar um estudo no âmbito do 2º ciclo de estudos em Educação Para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, efectuou o pedido de implementar o seu estudo de investigação **“Os idosos em situação de dependência no domicílio: os resultados obtidos na prevenção de complicações e os ganhos em conhecimento e em capacidades dos idosos e dos seus cuidadores informais”** e este mereceu a melhor atenção deste Conselho Clínico que emitiu apreciação positiva à sua implementação, pois estavam asseguradas as condições logísticas e humanas que certificam a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Porto, 29 de Julho de 2011

O Conselho Clínico do ACES – Porto Ocidental


(En. Carla Ferraz)

Anexo III
Autorização da USF Serpa Pinto

FACULDADE DE MEDICINA E FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO
SERVIÇO DE HIGIENE E EPIDEMIOLOGIA

U. PORTO

FPCE FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

2º ciclo de estudos/Mestrado em Educação Para a Saúde

Ano lectivo 2010/2011

DECLARAÇÃO DO COORDENADOR DA UNIDADE FUNCIONAL

Eu, Ana Dulce Sousa Castanheira, especialista em Medicina Geral e Familiar com a Cédula Profissional nº 36269 e Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto (ACES Porto Ocidental), declaro que o estudo de investigação *“Os idosos em situação de dependência no domicílio: os resultados obtidos na prevenção de complicações e os ganhos em conhecimento e em capacidades dos idosos e dos seus cuidadores informais”* conduzido por Tiago Rafael Ganhão Pereira Vieira Pinto (Enfermeiro com Cédula Profissional nº 4-E-53560) utiliza para efeitos de inclusão na amostra utentes idosos inscritos nesta unidade funcional e seus respectivos prestadores informais de cuidados, igualmente inscritos ou não.

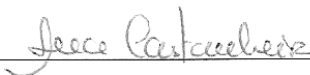
Mais declaro que, após leitura do desenho do estudo e do Parecer nº 68/2011 da Comissão de Ética Para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P., estão salvaguardados os preceitos éticos e deontológicos exigidos, assim como os direitos dos participantes, como a **confidencialidade, anonimato e proteção** dos dados quer durante a fase de **visitação domiciliária** (dados sócio-demográficos, clínicos, do contexto da prestação de cuidados informais e de satisfação com os cuidados de enfermagem), quer durante a fase de consulta dos seus **processos clínicos de enfermagem** em formato electrónico (entre 2009 e 2011), obtidos no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) através de descarregamento em PDF.

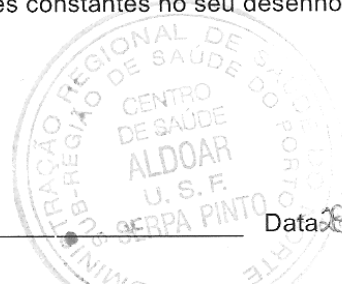
O autor do estudo fornece ainda a garantia de que em momento algum utilizará o seu estatuto actual de Enfermeiro com desempenho de funções na USF Serpa Pinto - local de implementação do estudo e a qual coordeno - para daí tirar qualquer dividendo ou proveito a título pessoal ou outro junto da amostra seleccionada (total ou em parte) ou junto de outros profissionais, pelo que desde já se reconhece não existir conflitos de interesse.

Ficou clarificado que se reconhece também a relevância do estudo e o interesse nos seus resultados esperados, os quais pretendem trazer um contributo científico que sirva de base para a reflexão, discussão e tomada de decisão estratégica dos enfermeiros, em particular, e da equipa multiprofissional, em geral, da USF Serpa Pinto, e por isso declaro que autorizo a implementação do estudo de investigação nos trâmites constantes no seu desenho.

A Coordenadora:

Assinatura:





Data: 28/01/2011

Anexo IV

Operacionalização das variáveis relativas ao idoso

Variáveis do idoso	
Variável	Operacionalização
Sexo	Feminino
	Masculino
Idade	Em anos completos
Escolaridade	Em anos completos com aproveitamento escolar
Estado civil	Solteiro
	Casado
	Divorciado/separado
	Viúvo
Freguesia de residência	Ramalde
	Cedofeita
	Paranhos
Incapacidade/limitação	<p>Escala de Rankin:</p> <p>Grau 1 - Sem sintomas;</p> <p>Grau 2 - Alguns sintomas que não afetam o dia-a-dia;</p> <p>Grau 3 - algumas limitações no dia-a-dia, mas funcionalmente independente;</p> <p>Grau 4 - parcialmente dependente, necessita de pequena ajuda nas AVD's;</p> <p>Grau 5 - dependente, necessita de muita ajuda nas AVD's;</p> <p>Grau 6 - totalmente dependente, precisa sempre da presença de terceiros.</p>
Dependência nas ABVD:	Índice de Barthel (score min.=0; score máx.=100)
Higiene pessoal	Score no item (0, 5)
Tomar banho	Score no item (0, 5)
Vestir-se	Score no item (0, 5, 10)
Alimentar-se	Score no item (0, 5, 10)
Levantar-se da cama ou da cadeira	Score no item (0, 5, 10, 15)
Subir e descer escadas	Score no item (0, 5, 10)
Andar ou deslocar-se	Score no item (0, 5, 10, 15)
Controlo da função intestinal	Score no item (0, 5, 10)
Controlo da função urinária	Score no item (0, 5, 10)
Ir à casa de banho	Score no item (0, 5, 10)
Dependência nas AIVD:	Frenchay Activities Index-Versão Adaptada (score min.=15; score máx.=60)
	Score no item (1, 2, 3, 4)
Governar a casa	Score no item (1, 2, 3, 4)
Trabalhar	Score no item (1, 2, 3, 4)
Jardinar	Score no item (1, 2, 3, 4)
Ir às compras perto de casa	Score no item (1, 2, 3, 4)
Divertir e fazer passatempos	Score no item (1, 2, 3, 4)
Viajar de autocarro ou de carro	Score no item (1, 2, 3, 4)
Fazer trabalhos domésticos pesados	Score no item (1, 2, 3, 4)
Ler livros	Score no item (1, 2, 3, 4)
Cozinhar refeições ligeiras	Score no item (1, 2, 3, 4)
Lavar a roupa	Score no item (1, 2, 3, 4)
Lavar a louça	Score no item (1, 2, 3, 4)
Sair e fazer viagens distantes	Score no item (1, 2, 3, 4)
Fazer trabalhos domésticos ligeiros	Score no item (1, 2, 3, 4)
Andar fora de casa (>15 min)	Score no item (1, 2, 3, 4)
Visitar amigos e familiares	Score no item (1, 2, 3, 4)
Existência de cuidador informal	Sim
	Não

Anexo V

Operacionalização das variáveis relativas ao cuidador informal

Variáveis do FC	
Variável	Operacionalização
Inscrição na USF	Sim Não
Sexo	Feminino Masculino
Idade	Em anos
Escolaridade	Em anos completos com aproveitamento escolar
Estado civil	Solteiro Casado Divorciado/separado Viúvo
Freguesia de residência	Nome da freguesia de residência
Situação laboral	Activo/empregado a tempo inteiro Activo/empregado a tempo parcial Desempregado Aposentado Doméstica Estudante Outro
Parentesco com o idoso portador de dependência	Nenhum Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Irmão(ã) Genro/Nora Neto(a) Outro
Coabitação com o idoso portador de dependência	Sem coabitação (não vive nunca na mesma casa) Em coabitação esporádica (vive na mesma casa por períodos de tempo não consecutivos e variáveis em duração) Em coabitação permanente (vive sempre na mesma casa)
Duração do papel de cuidador informal	Tempo em meses decorrido entre o momento em que começou a prestar cuidados ao idoso dependente e o momento da colheita de dados
Existência de outros portadores de dependência a quem presta cuidados	Número de outros portadores de dependência funcional (qualquer idade) a quem presta cuidados informais, para além do idoso dependente

Anexo VI

Operacionalização das variáveis relativas ao contexto da prestação de cuidados informais

Variáveis do contexto da prestação de cuidados informais	
Variável	Operacionalização
Tipologia de cuidados informais prestados	Antecipatórios Preventivos Instrumentais Protetores
Apoio profissional para cuidar (apoio em áreas da prestação direta de cuidados por parte de pessoas com preparação profissional para o desempenho das funções, ou por parte de instituições vocacionadas para o efeito)	Sim Não
Apoio não profissional para cuidar (apoio em áreas da prestação direta de cuidados por parte de pessoas sem preparação profissional para o desempenho das funções)	Sim Não

Anexo VII

Operacionalização das variáveis relativas à satisfação com os cuidados de enfermagem

Variáveis relativas à satisfação com os cuidados de enfermagem	
Variável	Operacionalização
Grau de satisfação em relação aos domínios:	Score (1-Nada satisfeito; 2-Pouco satisfeito; 3-Bastante satisfeito; 4-Muito satisfeito) em cada um dos domínios adaptados dos indicadores EUROPEP.
Relação e comunicação	Score no domínio (1, 2, 3, 4)
Continuidade e cooperação	Score no domínio (1, 2, 3, 4)
Cuidados de enfermagem (vertente clínica)	Score no domínio (1, 2, 3, 4)
Organização dos serviços	Score no domínio (1, 2, 3, 4)
Informação e apoio	Score no domínio (1, 2, 3, 4)

Anexo VIII

Operacionalização das variáveis relativas aos planos de cuidados de enfermagem

Variáveis relativas aos planos de cuidados de enfermagem	
Variável	Operacionalização
Contatos no domicílio	Número de contatos com local de realização "Domicílio" registrados no planos de cuidados entre 01/01/2008 e 31/07/2011, no SAPE®.
Programas de Saúde ativos	Presença/ausência de associação ao(s) programa(s) de saúde documentada no SAPE®: Acompanhamento de Doentes com Tuberculose, Apoio Domiciliário Integrado (Adi), Dependentes, Domicílio, Grupo de risco: Cardiovascular, Grupo de risco: Diabetes, Grupo de risco: Hipertensão, Hipocoagulados, Ostomizados, Podologia, Preparação Psicoprofilática Para o Parto, Programa de Intervenção Precoce, Programa de Narcóticos de Substituição, Programa Nacional de Combate à Obesidade, Puerpério, Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Infantil, Saúde Juvenil, Saúde Materna, Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar, Tratamento de Feridas/Úlceras.
Foco da prática de enfermagem ativo	Termo(s) do eixo A da classificação dos fenômenos da CIPE® ß2 com data de início em 01/01/2008 ou após e sem data de termo, contidos no domínio "Fenômenos de enfermagem" do plano de cuidados, no SAPE®.
Fenômenos de enfermagem do âmbito da "Aprendizagem":	Diagnóstico(s) de enfermagem documentado(s) entre 01/01/2008 e 31/07/2011, independentemente do termo do eixo A e do eixo B da classificação dos fenômenos de enfermagem da CIPE® ß2 que o(s) compõe(m), que se foca nos conhecimentos ou nas habilidades do portador, contidos no domínio "Fenômenos de enfermagem" do plano de cuidados, no SAPE®.
Conhecimento sobre (...)	Demonstrado Não demonstrado
Habilidades para (...)	Demonstrado Não demonstrado
Intervenções de enfermagem do tipo "Informar":	Número de intervenções de enfermagem com termos do eixo A da classificação das ações da CIPE® ß2 que sejam espécies de "Informar", independentemente do termo do eixo H que a(s) compuser, documentadas entre 01/01/2008 e 31/07/2011 no plano de cuidados, no SAPE®.
Informar sobre (...)	Número de intervenções do tipo "Informar"
Ensinar sobre (...)	Número de intervenções do tipo "Ensinar"
Instruir sobre (...)	Número de intervenções do tipo "Instruir"
Treinar sobre (...)	Número de intervenções do tipo "Treinar"

Anexo IX

Resultados obtidos com os focos da prática de enfermagem

Variáveis		Homens		Mulheres		Total	
		N	%	N	%	n	%
Focos da prática de enfermagem	Adesão à Vacinação	20	74,04	23	58,97	43	65,15
	Úlcera de Pressão	7	25,93	6	15,38	13	19,70
	Gestão do Regime Terapêutico	4	14,81	6	15,38	10	15,15
	Hipertensão	4	14,81	5	12,82	9	13,64
	Metabolismo	4	14,81	5	12,82	9	13,64
	Autocontrole: Incontinência Urinária	2	7,41	2	5,13	4	6,06
	Expectorar	2	7,41	2	5,13	4	6,06
	Ferida	0	0,00	4	10,26	4	6,06
	Aceitação do Estado de Saúde	1	3,70	2	5,13	3	4,55
	Autocontrole: Continência Intestinal	2	7,41	1	2,56	3	4,55
	Deambular	0	0,00	3	7,69	3	4,55
	Posicionar-se	1	3,70	2	5,13	3	4,55
	Úlcera	0	0,00	3	7,69	3	4,55
	Adesão ao Regime Terapêutico	0	0,00	2	5,13	2	3,03
	Alimentar-se	1	3,70	1	2,56	2	3,03
	Auto-Vigilância	1	3,70	1	2,56	2	3,03
	Dor	1	3,70	1	2,56	2	3,03
	FeridaTraumática	0	0,00	2	5,13	2	3,03
	Maceração	2	7,41	0	0,00	2	3,03
	Nutrição	1	3,70	1	2,56	2	3,03
	Queda	0	0,00	2	5,13	2	3,03
	Anquilose	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Aspiração	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Auto-Administração de Medicamentos	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Autocuidado: Beber	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Autocuidado: Higiene	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Comportamento de Procura de Saúde	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Deglutição	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Desidratação	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Eliminação Intestinal	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Ingestão Nutricional	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Movimento Corporal	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Obesidade	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Papel de Prestador de Cuidados	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Stress do Prestador de Cuidados	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Transferir-se	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	Unha	1	3,70	0	0,00	1	1,52
	Uso de Tabaco	1	3,70	0	0,00	1	1,52

Anexo X

Resultados obtidos com os diagnósticos de enfermagem do domínio da "Aprendizagem Cognitiva" (conhecimentos)

Variáveis/Enunciados dos diagnósticos			Homens		Mulheres		Total	
			N	%	N	%	N	%
Conhecimento	da pessoa	sobre hábitos alimentares						
		Demonstrado	3	11,11	3	7,69	6	9,09
		Não demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		sobre hábitos de exercício						
		Demonstrado	2	7,41	2	5,13	4	6,06
		Não demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
		sobre regime medicamentoso						
		Demonstrado	2	7,41	1	2,56	3	4,55
		Não demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
		sobre gestão do regime terapêutico						
		Demonstrado	1	3,70	2	5,13	3	4,55
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre prevenção das complicações da ferida						
		Demonstrado	0	0,00	2	5,13	2	3,03
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre exercícios músculo articulares activos						
		Demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Não demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		sobre prevenção da aspiração						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre equipamento adaptativo						
		Demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre auto-administração de medicamentos						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre estratégias adaptativas para deambular						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre aspiração de secreções						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre prevenção de complicações da ferida						
		cirúrgica						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre prevenção de complicações da ferida						
		traumática						
		Demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Não demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		sobre prevenção de maceração						
		Demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre complicações do excesso de peso						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	do prestador de cuidados	sobre gestão do regime terapêutico						
		Demonstrado	0	0,00	3	7,69	3	4,55
		Não demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		sobre aspiração de secreções						
		Demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Não demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
		sobre técnica de posicionamento						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		sobre prevenção de quedas						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		sobre autocuidado: comer						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre vigilância dos pés						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre prevenção da maceração						
		Demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		sobre técnica de transferência						
		Demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Não demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52

Anexo XI

Resultados obtidos com os diagnósticos de enfermagem da área da "Aprendizagem de Capacidades" (capacidades)

Variáveis			Homens		Mulheres		Total	
			N	%	N	%	N	%
Aprendizagem de Habilidades	da pessoa	para proceder à auto-vigilância da glicemia capilar						
		Demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		para deambular						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		para prevenir complicações						
		Demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		para se posicionar						
		Demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Não demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
	do prestador de cuidados	para prevenir a aspiração						
		Demonstrado	1	3,70	1	2,56	2	3,03
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		para assistir no autocuidado: higiene						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		para aspirar as secreções						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	1	3,70	0	0,00	1	1,52
		para prevenir as úlceras de pressão						
		Demonstrado	0	0,00	1	2,56	1	1,52
		Não demonstrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Anexo XII

Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Informar"

Intervenção de enfermagem			N	%
Informar	a pessoa	sobre o plano nacional de vacinação	6	1,54
		sobre equipamento adaptativo para deambular	3	0,77
		sobre complicações da não adesão à vacinação	2	0,51
		sobre equipamento de ajudas técnicas	1	0,26
		sobre nutrição	1	0,26
	o prestador de cuidados	sobre prestação de serviços na comunidade	4	1,03

Anexo XIII

Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Ensinar"

Variáveis			N	%
Ensinar	a pessoa	a usar equipamento para alívio da pressão	9	2,31
		sobre hábitos alimentares	8	2,05
		sobre complicações da ferida traumática	6	1,54
		sobre prevenção de complicações	5	1,28
		sobre hábitos de exercício	4	1,03
		sobre auto-vigilância: glicemia	3	0,77
		sobre equipamento: colostomia	3	0,77
		sobre gestão do regime terapêutico	3	0,77
		sobre complicações da ferida cirúrgica	2	0,51
		sobre equipamento para prevenção de quedas	2	0,51
		sobre estratégias adaptativas para deambular	2	0,51
		sobre exercícios musculoesqueléticos activos	2	0,51
		sobre prestação de serviços na comunidade	2	0,51
		sobre prevenção de complicações da úlcera	2	0,51
		sobre prevenção de quedas	2	0,51
		sobre regime medicamentoso	2	0,51
		sobre tratamentos	2	0,51
		hábitos de higiene da boca	1	0,26
		sobre complicações da ferida	1	0,26
		sobre hábitos de eliminação intestinal	1	0,26
		sobre hábitos de eliminação urinária	1	0,26
		sobre técnica de irrigação do intestino	1	0,26
	o prestador de cuidados	sobre a técnica de posicionamento	73	18,71
		sobre condições de risco para a úlcera de pressão	42	10,77
		sobre sinais de úlcera de pressão	34	34,36
		sobre equip.º de prevenção de úlcera de pressão	24	6,15
		sobre prevenção de úlcera de pressão	15	3,85
		sobre a aspiração de secreções	9	2,31
		sobre prevenção da maceração	8	2,05
		sobre condições de risco para a maceração	6	1,54
		sobre hábitos alimentares	5	1,28
		sobre gestão do regime terapêutico	4	1,03
		sobre a técnica de transferência	3	0,77
		sobre prevenção da anquilose	3	0,77
		a confirmar a posição da sonda nasogástrica	3	0,77
		sobre condições de risco para a desidratação	2	0,51
		sobre prevenção de quedas no domicílio	2	0,51
		sobre anquilose	1	0,26
		sobre condições de risco para a anquilose	1	0,26
		sobre prevenção da desidratação	1	0,26
		sobre prevenção de quedas	1	0,26
		a verificar conteúdo gástrico antes da alimentação	1	0,26

Anexo XIV

Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Instruir"

Intervenção de enfermagem			N	%
Instruir	a pessoa	técnica de excitação musculartoarticular	3	0,77
		sobre como executar os tratamentos	2	0,51
		sobre exercícios musculartoarticulares activos	2	0,51
		(sobre) auto vigilância	2	0,51
		a técnica de irrigar o intestino	1	0,26
		sobre o uso de equipamento	1	0,26
		sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas	1	0,26
	o prestador de cuidados	para prevenir as úlceras de pressão	15	3,85
		a aspirar as secreções	8	2,05
		a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão	5	1,28
		sobre como assistir no alimentar-se	3	0,77
		sobre como assistir no posicionar-se	3	0,77
		sobre como assistir no deambular	1	0,26

Anexo XV

Resultados obtidos com as intervenções de enfermagem com o tipo de ação "Treinar"

Intervenção de enfermagem			N	%
Treinar	a pessoa	sobre a execução de exercícios musculoesqueléticos ativos	7	1,79
		a proceder à auto - vigilância	1	0,26
	o prestador de cuidados	a posicionar a pessoa	6	1,54
		para prevenir as úlceras de pressão	3	0,77
		a aspirar as secreções	2	0,51
		a assistir na transferência	2	0,51
		a assistir no alimentar-se	1	0,26
		a assistir no deambular	1	0,26
		a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão	1	0,26

Anexo XVI

Questionário aplicado aos idosos dependentes e aos FC

ID do questionário:

Data da colheita de dados: --

“OS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO DOMICÍLIO: OS RESULTADOS OBTIDOS NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES E OS GANHOS EM CONHECIMENTO E CAPACIDADES DOS IDOSOS E DOS SEUS CUIDADORES INFORMAS”

Parte 1 - Sobre o idoso portador de dependência funcional

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: (em anos)

Escolaridade: (anos completos com aproveitamento escolar)

Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a)/Separado(a) ☐ Viúvo(a)

Freguesia de residência: ☐ Ramalde ☐ Cedofeita ☐ Paranhos

Actividades básicas da vida diária Índice de Barthel

1 - Higiene pessoal

- ☐ 0 - Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.
- ☐ 5 - Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, pentear-se sozinho.

2 - Tomar banho

- ☐ 0 - Não consegue tomar banho sozinho.
- ☐ 5 - Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro.

3 - Vestir-se

- ☐ 0 - Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.
- ☐ 5 - Precisa de ajuda para apertar laços ou atacadores, fechar um fecho ou abotoar.
- ☐ 10 - Veste-se sozinho.

4 - Alimentar-se

- ☐ 0 - Precisa de ajuda, não conseguia alimentar-se sozinho.
- ☐ 5 - Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.
- ☐ 10 - Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho.

5 - Levantar-se da cama ou de uma cadeira

- ☐ 0 - Não colabora a passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.
- ☐ 5 - Colabora com grande dificuldade a passar da cama para a cadeira.
- ☐ 10 - Por vezes pode necessitar de uma pequena ajuda.
- ☐ 15 - Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade.

6 - Subir e descer escadas

- ☐ 0 - Consegue subir e descer escadas.
- ☐ 5 - Precisa de alguma ajuda.
- ☐ 10 - Não consegue subir ou descer escadas.

7 - Andar/marcha ou deslocar-se

- ☐ 0 - Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.

ID do questionário:

Data da colheita de dados: --

- ☐ 5 - Consegue andar sozinho em cadeira de rodas.
- ☐ 10 - Consegue andar com a ajuda de 1 ou 2 pessoas.
- ☐ 15 - Consegue andar pelo menos 50 metros com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.

8 - Controlo da função intestinal

- ☐ 0 - Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.
- ☐ 5 - Às vezes não controla as fezes.
- ☐ 10 - Controla bem esta função.

9 - Controla da função urinária

- ☐ 0 - Não controla a urina ou está algaliado, precisando de alguém para substituir os sacos.
- ☐ 5 - Às vezes perde urina acidentalmente.
- ☐ 10 - Controla bem esta função ou está algaliado e substituí os sacos.

10 - Ir à casa de banho

- ☐ 0 - Precisa de ajuda, não consegue ir à casa de banho sozinho.
- ☐ 5 - Precisa de alguma ajuda, por ex. : puxar o autoclismo, usar o papel higiénico.
- ☐ 10 - Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho.

Actividades instrumentais da vida diária

Frenchay Activities Index Adaptado

1 - Governar a casa

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

2 - Trabalhar

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

3 - Jardinar

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

4 - Ir às compras perto de casa

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

5 - Divertir, fazer passatempos

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

6 - Viajar de autocarro ou de carro

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

7 - Fazer trabalhos domésticos mais pesados

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

8 - Ler livros

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
- ☐ 2 - Muita dificuldade
- ☐ 3 - Alguma dificuldade
- ☐ 4 - Nenhuma dificuldade

ID do questionário:

Data da colheita de dados: --

9 - Cozinhar refeições ligeiras

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

10 - Lavar a roupa

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

11 - Lavar a louça

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

12 - Sair e fazer viagens distantes

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

13 - Fazer trabalhos domésticos ligeiros

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

14 - Andar fora de casa mais de 15 minutos

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

15 - Visitar amigos e familiares

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

16 - Usar o telefone

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

17 - Tomar a sua medicação

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

18 - Usar dinheiro e fazer trocos

- ☐ 1 - Totalmente incapacitado
☐ 2 - Muita dificuldade
☐ 3 - Alguma dificuldade
☐ 4 - Nenhuma dificuldade

ID do questionário:

Data da colheita de dados: --

Parte 2 - Sobre o prestador informal de cuidados

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: (em anos)

Escolaridade: (anos completos com aproveitamento escolar)

Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a)/Separado(a) ☐ Viúvo(a)

Freguesia de residência:

Situação laboral/ocupacional: ☐ Activo(a)/empregado(a) a tempo inteiro ☐ Activo(a)/empregado(a) a tempo parcial
☐ Desempregado(a) ☐ Aposentado(a)/ Reformado(a) ☐ Doméstica ☐ Estudante ☐ Outro

Parentesco com o portador de dependência: ☐ Nenhum ☐ Cônjuge/ Companheiro ☐ Filho/Filha ☐ Irmão/ Irmã ☐
Genro/Nora ☐ Neto/Neta ☐ Outro. Qual?

Regime de coabitação com o portador de dependência: ☐ Sem coabitação ☐ Em coabitação esporádica ☐ Em coabitação permanente

Se não coabita, reside a uma distância de aproximadamente: (em km)

Há quanto tempo cuida do portador de dependência: Anos Meses

Tempo que gasta a prestar cuidados ao familiar dependente: (em horas/semana de 7 dias)

Cuida de mais algum indivíduo portador de dependência funcional: ☐ Não ☐ Sim. Quantos?

Tempo que consome com os cuidados prestados a outro(s) indivíduo(s) portador(es) de dependência funcional:
 (em horas/semana de 7 dias)

Parte 3 - Sobre o contexto da prestação informal de cuidados

Tipologia de cuidados informais prestados: ☐ Antecipatórios ☐ Preventivos ☐ Instrumentais ☐ Protectores

Utilização da rede formal de serviços (pública ou privada): ☐ Nenhuma ☐ Serviços sociais ☐ Serviços de saúde dos cuidados primários (USF, UCC, UCSP, outros) ☐ Serviços de saúde da RNCCI ☐ Serviços hospitalares ☐ Serviços de fisioterapia/reabilitação ☐ Serviços ocupacionais ou de lazer ☐ Outro. Qual?

Duração do apoio recebido da rede formal de serviços: (horas/semana de 7 dias)

Recebe ajuda de mais alguém para prestar cuidados ao portador de dependência: ☐ Não ☐ Sim. De quem?

Duração do apoio recebido de outros indivíduos para prestar cuidados ao portador de dependência:
(horas/semana de 7 dias)

Parte 4 - Sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos através da USF

(Indicadores-chave EUROPEP)

1 - Satisfação global com:**1.1 - a relação e comunicação:**

- ☐ 1 - Muito satisfeito
☐ 2 - Bastante satisfeito
☐ 3 - Pouco satisfeito
☐ 4 - Nada satisfeito

1.4 - a continuidade e cooperação:

- ☐ 1 - Muito satisfeito
☐ 2 - Bastante satisfeito
☐ 3 - Pouco satisfeito
☐ 4 - Nada satisfeito

1.2 - os cuidados de enfermagem (vertente clínica):

- ☐ 1 - Muito satisfeito
☐ 2 - Bastante satisfeito
☐ 3 - Pouco satisfeito
☐ 4 - Nada satisfeito

1.5 - a organização dos serviços:

- ☐ 1 - Muito satisfeito
☐ 2 - Bastante satisfeito
☐ 3 - Pouco satisfeito
☐ 4 - Nada satisfeito

1.3 - a informação e apoio:

- ☐ 1 - Muito satisfeito
☐ 2 - Bastante satisfeito
☐ 3 - Pouco satisfeito
☐ 4 - Nada satisfeito